

Диф.диагностика полиартрита (ПА)

Геращенко Кристина

607Б

Классификация заболеваний

СУСТАВОВ

- **1. Воспалительные заболевания суставов** (Могут вызвать все 5 классов известных возбудителей: бактерии, вирусы, грибки, простейшие, глисты).

Инфекционные воспаления суставов, вызванные бактериями, могут быть неспецифической этиологии (**ревматический полиартрит**, палиндромный ревматизм, ревматоидный полиартрит, **реактивные артриты** и др.) и специфической этиологии (**туберкулезный, сифилитический, гонорейный, бруцеллезный**, дизентерийный, токсоплазмозный, менингококковый и др.). *Вирусные артропатии* наблюдаются при сывороточном гепатите, краснухе, оспе, ветряной оспе, инфекционном мононуклеозе и др. *Кандидозные полиартриты* наблюдаются при споротрихозе (артрит “садовника”), кандидозе и др.

- **2. Дегенеративно-дистрофические поражения суставов:** деформирующий остеоартроз, **болезнь Бехтерева**, остеохондропатии (врожденная – болезнь Пертеса).
- **3. Метаболические поражения суставов:** **подагра**, псевдоподагра.
- **4. Вторичные артропатии:** при заболевании крови (гемофилия, лейкозы, капилляротоксикоз и др.), при онкозаболеваниях (паранеопластический процесс), при заболеваниях соединительной ткани (коллагенозы), при эндокринных заболеваниях (сахарный диабет, синдром или болезнь Иценко- Кушинга), при заболеваниях кожи (**псориаз**), при заболеваниях печени (агрессивный гепатит), вибрационной болезни, нарушении обмена витамина С (скорбут), при психических заболеваниях
- **5. Травматические и посттравматические артриты.**
- **6. Сочетанные формы.**

Ревматоидный артрит.

Ревматоидный артрит - **хроническое** аутоиммунное **системное** воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита с последующей деформацией суставов и развитием анкилозов и системным поражением внутренних органов.

Поражения суставов факторов РА

Выведенный коэффициент для

1 большой		0
2 – 10 больших суставов	1	
1 – 3 малых суставов (вне зависимости от состояния больших суставов)	2	
4 – 10 малых суставов (вне зависимости от состояния больших суставов)		3
> 10, включая как минимум 1 малый	5	
Серологические тесты (для классификации требуется выполнение хотя бы 1 исследования)		
Негативные результаты тестов: РФ и АЦПА		0
Слабоположительный результат тестов: РФ или АЦПА		2
Высокоположительный результат тестов: РФ или АЦПА		3
Острофазная реакция (для классификации требуется выполнение хотя бы 1 исследования)		
Результаты тестов: СРБ и СОЭ (норма)	0	
Результаты тестов: СРБ или СОЭ (выше нормы)		
1		
Продолжительность симптомов		
< 6 недель		0
> 6 недель		1

Ревматоидный артрит подтвержден, если сумма коэффициентов факторов РА $\geq 6/10!$

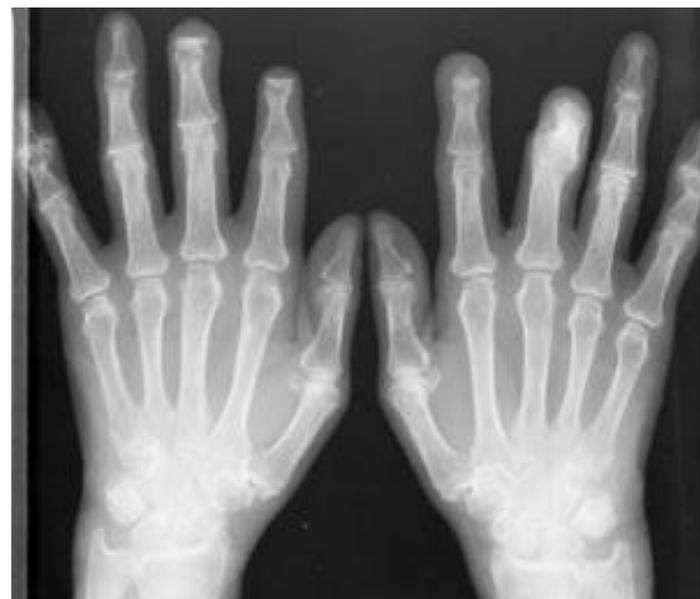
Слабо положительными считаются результаты, превышающие N, но не более чем в 3 раза ($\leq 3 * N$);

Сильно положительными считаются результаты, превышающие N более чем в 3 раза ($> 3 * N$);

(Критерии классификации ревматоидного артрита (РА) Американской Коллегии Ревматологии /



Ревматоидный артрит чаще всего поражает симметричные суставы с 2-х сторон. Чаще всего это лезапястные, локтевые, плечевые, коленные и голеностопные суставы.



Реактивные полиартриты.

- Виды: ассоциированные с HLA - B27 и неассоциированные (в зависимости от этиологического фактора).

Виды ПА	Ассоциация с HLA - B27	Этиология
Постэнтероколитический	+	иерсиния, сальмонелла, клебсиелла, шигелла, клостридия
Урогенитальный	+	хламидия, уреоплазма, ВИЧ-СПИД инфекция
После носоглоточной и прочих инфекций	-	гемолитический стрептококк, АСБ - группа, бруцелла, боррелия (Лаймовская болезнь)

Реактивный уrogenный артрит (уретроокулосиноввиальный синдром).

Критерии диагностики. Willkens et al. 1981.

Серонегативная асимметричная артропатия (преимущественно нижних конечностей).

И один или несколько следующих критериев:

уретрит/цервицит;

дизентерия;

воспалительные изменения глаз;

поражение кожи / слизистых оболочек: баланит, изъязвление ротовой полости и кератодермия.

Э.Р. Агабабова, 1997 г

Наличие хронологической связи между мочеполовой или кишечной инфекцией и развитием симптомов артрита и/или конъюнктивита, а также поражений кожи и слизистых оболочек;

Молодой возраст заболевших;

Острый несимметричный артрит преимущественно суставов нижних конечностей (особенно суставов пальцев стоп) с энтезопатиями и пяточными бурситами;

Симптомы воспалительного процесса в мочеполовом тракте и обнаружение хламидий (в 80 - 90% случаев) в соскобах эпителия мочеиспускательного канала или канала шейки матки (если хламидии не обнаружены в соскобах, но имеются признаки воспаления мочеполовой системы, его можно считать хламидийным при определении антихламидийных антител в сыворотке крови в титре 1:32 и более).

Диагностика реактивного полиартрита иерсинеозной этиологии:

1. Начало заболевания с носоглоточной инфекции.
2. Конъюнктивит.
3. Колит (поражение терминального отдела тонкого кишечника и толстого кишечника).
4. Положительное бактериологическое исследование кала на иерсинии.
5. Положительное серологическое исследование крови на иерсинеоз (титр 1:200 и его нарастание).

Гонококковый артрит.

развивается у молодых, ранее здоровых, сексуально активных людей. Поражение суставов является проявлением диссеминированной гонококковой инфекции примерно у 2-х% больных. По течению бывает острый и хронический.

ДИАГНОСТИКА ГОНОКОККОВОГО АРТРИТА.

1. Развитие мигрирующего олигоартрита, тендовагинита и артралгий в первые месяцы заражения гонореей или при обострении хронической латентной гонореи. У женщин развивается в первые месяцы после брака, после менструаций, в послеродовой период. Характерна половая дифференцировка поражения суставов: у женщин - лучезапястного и локтевого суставов, у мужчин – коленного, голеностопного и плюснефаланговых сочленений. Псевдоревматическая форма острого гонококкового артрита (с отсутствием эффекта от противоревматической терапии наблюдается у женщин), синдром Рейтера - у мужчин. Хронический гонококковый полиартрит по клинике напоминает ревматоидный артрит или болезнь Бехтерева.
2. Симптомы периартрита (поражаются пяточная и подпяточная сумки - бурситы, связки, сухожилия - ахиллобурсит, мышцы стопы и голени).
3. Развитие вторичного плоскостопия.
4. Синдром дерматита (макулоподобные или везикулярные высыпания вблизи пораженных суставов, в области дистальных отделов конечностей, позднее - развитие везикулопустулезных проявлений).
5. Быстрое развитие остеопороза и анкилозов. Деструктивные процессы в суставах редки.
6. Лабораторные изменения: острофазовые сдвиги в начале заболевания и при обострении (лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение фибриногена, сиаловой кислоты, диспротеинемия, увеличение циркулирующих иммунных комплексов в крови).
7. Положительное бактериологическое исследование на гонококк: у женщин мазка с шейки матки, из уретры, прямой кишки и глотки; у мужчин - из уретры, прямой кишки и глотки.
8. Положительная серологическая диагностика на гонококк: исследования крови и синовиальной жидкости.
9. Отмечается хороший эффект от пенициллина.

Очаги костного туберкулеза локализуются в позвоночнике в 50% случаев, реже - в тазобедренном, коленном, голеностопном и лучезапястном суставах. Активный легочный процесс нередко отсутствует (предшествующую инфекцию находят в 40% случаев). При туберкулезном артрите поражаются кости и синовиальные оболочки.

Диагностика туберкулезного артрита:

1. Деструктивный моноартрит (при поражении тазобедренного сустава деструкция развивается в области вертлужной впадины и шейки бедра). В области коленного сустава может формироваться абсцесс (холодный натечник). При артрите краснота кожи в области сустава отсутствует, а сам сустав горячий на ощупь.
2. Характерно длительное течение артрита без тенденции к деформации.
3. Лимфаденопатия, общие симптомы неспецифичны: субфебрильная температура, похудание.
4. Образование костных каверн при длительном течении заболевания (при томографии суставов).
5. Обнаружение микобактерий туберкулеза при бактериологическом исследовании синовиальной жидкости и посеве материала синовиальной оболочки.
6. При морфологическом исследовании синовии лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация, гранулемы с казеозным распадом.
7. Рефрактерность к салицилатам.

Бруцеллезный артрит.

Наиболее часто возбудителем бруцеллеза у человека является *Brucella melitensis*. Данная инфекция распространена среди коз, коров и передается посредством прямого контакта или через молоко. Наблюдается часто у доярок и скотников. Инкубационный период 3 недели.

Диагностика бруцеллезного артрита:

1. Анамнестические указания на контакт с больным животным или употребление некипяченого молока.
2. Поражение костей и суставов: полиартрит, остеомиелит позвонков, трубчатых костей, костей таза (развитие гранулем в костном мозге). Деструктивный процесс в костях и межпозвонковых дисках напоминает туберкулез.
3. Положительное бактериологическое исследование синовиальной жидкости, крови, костного мозга. При серологическом исследовании повышение титра антител к *Brucella melitensis*.

Сифилитический артрит.

Сифилитический артрит развивается при *приобретенном* и *врожденном* сифилисе.

1. Диагностика сифилитического артрита при *врожденном* сифилисе.

Полиартрит в 8-16 лет (поражение коленных суставов в виде веретенообразной формы за счет выпячивания заворотов - сустав Клаттона).

Выражен болевой синдром, признаки нарушения функции суставов незначительны;

Признаки врожденного сифилиса: интерстициальный кератит, глухота, зубы Гетчинсона;

Положительные серологические тесты на сифилис.

2. Диагностика сифилитического артрита при *приобретенном* сифилисе (на стадии вторичного и третичного сифилиса).

На стадии вторичного сифилиса поражение крупных суставов (коленных), позвоночника, тендовагиниты, периостит, легкие мышечные атрофии;

Признаки вторичного сифилиса (сыпь, аллопеция, лимфоаденопатия);

На стадии третичного сифилиса - появление периостита большеберцовой кости и ключицы (распространение гуммозной инфильтрации на кости), артропатия Шарко (поражение одного сустава), ассоциированная со спинной сухоткой;

Положительные серологические тесты на сифилис при вторичном и третичном сифилисе.

Лаймская болезнь (боррелиоз).

Заболевание вызывают спирохеты-боррелии, переносчиками их являются клещи.

Диагностика Лаймской болезни (боррелиоза):

1. Полиартрит преимущественно коленных суставов (моно- или олигоартрит).
2. Анамнестическое указание на отдых или работу в лесной зоне (в весенне-летний период).
3. Общие симптомы: лихорадка, головная боль, скованность в шее.
4. Кожные изменения после укуса клеща: мигрирующая эритема на туловище или конечностях (проходит через 3 недели).
5. Лимфоаденопатия.
6. Поражения висцеральных органов: сердце (нарушение сердечной проводимости), нервной системы (менингит, неврит), поражение черепных нервов (корешковый синдром).
7. Положительное бактериологическое исследование синовиальной жидкости и серологическое исследование крови на боррелиоз.



Псориатический артрит.

Псориатический артрит развивается у 6-7% больных псориазом через 6-7 лет после кожных проявлений, иногда предшествует кожным проявлениям заболевания.

Существуют эндемичные районы по псориазу. Псориатический артрит ассоциируется с антигенами HLA - B27, B17 (B13) и CW6.

Диагностические критерии псориатического артрита (Mathis, 1974):

1. Поражение дистальных межфаланговых суставов пальцев.
2. Одновременное поражение пястно-фалангового (плюстно-фалангового), проксимального и дистального межфаланговых суставов (“осевое поражение”).
3. Раннее поражение суставов стоп, в том числе большого пальца.
4. Боли в пятках (подпяточный бурсит).
5. Наличие псориатических бляшек на коже или типичное для псориаза изменение ногтей (подтверждается дерматологом).
6. Псориаз у ближайших родственников.
7. Отрицательная реакция на ревматоидный фактор (обнаруживается положительный ревматоидный фактор у 5-10% больных).
8. Характерные рентгенологические данные: остеолитический, периостальный наложения, отсутствие эпифизарного остеопороза.
9. Клинические и рентгенологические симптомы одностороннего сакроилеита.
10. Рентгенологические признаки спондилита - грубые паравертебральные оссификаты.

Диагноз достоверен при наличии 3-х критериев, один из которых должен быть 5, 6 или 8. При наличии ревматоидного фактора необходимо 5 критериев (обязательны 9, 10).

Некоторые особенности клинического течения псориатического артрита:

1. Кожные изменения и изменения ногтей:
 - псориатические бляшки могут локализоваться в волосистой части головы, иногда наблюдаются изолированные поражения кожи, разгибательных поверхностей, локтевых, коленных суставов, ладоней, подошв (форма Барбера), подмышечной или паховой области (пораженные участки окружены по периметру резко отграниченным краем);
 - при отсутствии поражения кожи диагностическое значение имеют поражения ногтей: точечные поражения ногтевых пластинок (углубления напоминают поверхность наперстка), онихолизис (истончение) и атрофия ногтевых пластинок;
2. Некоторые особенности псориатического артрита:
 - асимметричное разрозненное поражение межфаланговых или плюснефаланговых суставов, “пальцы-сосиски” (продольное поражение 3-х суставов, сухожильных влагалищ и мягких тканей);
 - преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов;
 - мутилирующий синдром: выраженные деструктивные изменения и остеолитические изменения костей кисти;

Деформация кистей при мутилирующем псориатическом артрите



Болезнь Бехтерева (Штрюмпель-Пьер Мари) или анкилозирующий спондилоартрит

Нью-Йоркские критерии:

- сacroилеит 3-4-й стадии и один клинический критерий;
- двусторонний sacроилеит 2-й стадии или односторонний sacроилеит 3-4-й стадии с одним клиническим критерием или одновременно с двумя достоверными критериями (вторым и третьим).

Ранние диагностические критерии анкилозирующего спондилоартрита (Май W. [et al.], 1996):

1) генетический: наличие HLA-B27 - 1,5 балла;

2) клинические:

боль в позвоночнике воспалительного типа (должны присутствовать 4 из 5 признаков: начало в возрасте до 40 лет; постепенное начало; длительность более 3 мес.; связь с утренней скованностью; улучшение состояния после физических упражнений) - 1 балл;

боль в пояснице, иррадиирующая в ягодицы или по задней поверхности бедер, спонтанная или при проведении нагрузочных тестов на sacроилеальные сочленения - 1 балл;

боль в грудной клетке - спонтанная или при сдавлении, или ее ограниченная экскурсия (менее 2,5 см) - 1 балл;

периферический артрит или боль в пятках - 1 балл;

передний увеит - 1 балл;

снижение подвижности шейного или грудного отделов позвоночника в трех плоскостях - 1 балл;

3) лабораторные: повышение СОЭ (в возрасте моложе 50 лет: у мужчин - более 15 мм/ч, у женщин - более 25 мм/ч; в возрасте старше 50 лет: у мужчин - более 20 мм/ч, у женщин - более 30 мм/ч) - 1 балл;

4) рентгенологические: позвоночные симптомы (синдесмофиты, квадратные позвонки, поражение апофизеальных или костовертебральных суставов) - 1 балл.

Сумма баллов больше 3,5 указывает на наличие раннего анкилозирующего спондилоартрита.

Болезнь Бехчета.

(триада симптомов: изъязвления слизистой оболочки рта, язвы на половых органах и увеит с гипопионом)

**Диагностические критерии Американской Ассоциации
Офтальмологов**

Выделяет следующие диагностические критерии болезни Бехчета:

1. Рецидивирующий афтозный стоматит
2. Рецидивирующие афты наружных половых органов
3. Увеит
4. Синовит
5. Кожный васкулит
6. Менингоэнцефалит

Диагноз считается достоверным при наличии любых двух симптомов плюс обязательное афтозное поражение слизистых оболочек.

Подагрический артрит:

Диагностические критерии подагры (ВОЗ 2000г.):

- I. Наличие характерных кристаллических уратов в суставной жидкости*
- II. Наличие тофусов (доказанных), содержащих кристаллические ураты, подтвержденные химически или поляризационной микроскопией*
- III. Наличие **как минимум 6** из 12 ниже представленных признаков:*
 1. более чем одна острая атака артрита в анамнезе;
 2. максимум воспаления сустава уже в первые сутки;
 3. моноартикулярный характер артрита;
 4. гиперемия кожи над пораженным суставом;
 5. припухание или боль, локализованные в I плюсне-фаланговом суставе;
 6. одностороннее поражение суставов свода стопы;
 7. узелковые образования, напоминающие тофусы;
 8. гиперурикемия;
 9. одностороннее поражение I плюснефалангового сустава;
 10. асимметричное припухание пораженного сустава;
 11. обнаружение на рентгенограммах субкортикальных кист без эрозий;
 12. отсутствие флоры в суставной жидкости.

Подагрический артрит

