

## НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ И «РАННИЕ» ФОРМЫ СУСТАВНОГО СИНДРОМА – ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ

*Нехайчик Т.А., Рудой А.С., Бова А.А.*

**Резюме.** *Обсуждаются проблемы ранней диагностики суставного синдрома с позиций недифференцированного и раннего артрита. Представлены критерии современной диагностики дебютных форм ревматоидного артрита и спондилоартрита, подходы к их практическому применению, возможности лабораторного и инструментального обследования.*

**Ключевые слова:** *недифференцированный артрит, ранний артрит, ревматоидный артрит, спондилоартрит, диагностика*

*UNDIFFERENTIATED AND "EARLY" FORMS articular syndrome - approach to diagnosis*

*Nekhaichik TA, Rudoy AS, Bova AA*

*Department of military field therapy of military medical faculty in EI «BSMU»*

**Summary.** *The article considers the problematic issues of early diagnosis of articular syndrome, in particular undifferentiated and early arthritises. The criteria of modern diagnostics of debut rheumatoid arthritis and spondylarthritis forms, approaches to their practical application, the possibility of laboratory and instrumental examination was afforded.*

**Keywords:** *undifferentiated arthritis, early arthritis, rheumatoid arthritis, spondylitis, diagnostics.*

Ревматоидный артрит (РА) и спондилоартриты (СпА) относят к наиболее распространенным аутоиммунным заболеваниям человека. Распространенность РА среди работоспособного населения в возрасте 35 – 55 лет составляет от 0,5% до 2% [10]. Социальная значимость РА подтверждается результатами длительного наблюдения за пациентами прошлого столетия: в 80–90 гг. XX века около 80% пациентов с длительностью заболевания более 10 лет становились инвалидами II и I группы [4]. Общая распространенность СпА в популяции среди взрослых уступает РА и варьирует от 0,15% (Финляндия) до 1,4% (Норвегия) [8]. Вместе с тем, по результатам эпидемиологического исследования COPCORD в ряде Европейских стран (Финляндия, Швеция, Франция, Италия и др.) показатели заболеваемости СпА и РА приблизительно равны, а в США СпА диагностируют чаще, чем РА.

При всей яркости клинической картины развернутых форм РА, выделить патогномичную симптоматику в дебюте достаточно сложно. По результатам российской программы «РАДИКАЛ» (обследование 366 пациентов с воспалительным поражением суставов и длительностью заболевания до 1 года) только в 50–60% случаев болезнь дебютировала с типичной для РА клинической картины. В 1/3 случаев артрит был верифицирован как недифференцированный, и только у 30% из этой группы через год также был диагностирован РА [3]. Аналогичные данные представлены и зарубежными исследователями [33]. Диагностика дебютных форм как РА, так и СпА является непростой клинической задачей, но все же СпА распознаются труднее, чем РА (Halverson P.V., 1997). В результате ошибочные первичные диагнозы достигают при СпА 72% и особенно часты у женщин - 94%.

В ряде случаев, что составляет 2/3 всех пациентов с дебютным суставным синдромом, структурные изменения (эрозии) суставов возникают очень быстро, уже в течение первых двух лет с момента начала болезни. Типичность и атипичность дебюта суставного заболевания при РА, формирование клинической гетерогенности может быть объяснены моделированием патогенеза, в котором выделяют несколько клинических стадий, на каждой из которых генетические факторы должны сочетаться с воздействием гипотетических факторов внешней среды и иммунологическими факторами [20]. Исследования последних лет неопровержимо доказали, что изменить отдаленные исходы РА реально возможно только на самых первых этапах заболевания – в период между началом заболевания и образованием клона синовиоцитов с опухолеподобным ростом («терапевтическое окно», «окно возможностей») [7; 13].

В отличие от РА, симптоматика СпА, особенно аксиальных форм, не всегда четко очерчена, растянута по времени и имеет склонность к спонтанным длительным ремиссиям. Упрощенное понимание проблемы боли в спине, неоправданно частый диагноз «остеохондроз», в том числе у пациентов в возрасте 25 - 35 лет, недостаточное знание клинической симптоматики СпА являются наиболее частыми причинами запоздалой диагностики. В результате окончательный диагноз устанавливается в среднем через 8 лет после дебюта суставного синдрома, после обращений к 7-8 специалистам [12].

В настоящее время тактика ведения пациентов с дебютными формами артрита претерпела существенные изменения – от динамического наблюдения и симптоматической терапии она переориентирована на максимально раннее начало базисной, в том числе биологической терапии. Именно недифференцированные и «ранние» артриты являются во многих случаях теми формами суставного синдрома, при которых принимается решение об активной патогенетической терапии.

**Дефиниции терминологии.** «Недифференцированный артрит» (НДА) может выступать в качестве первичного диагноза *любого раннего артрита* или представлять нозологическую

форму суставного процесса у конкретного пациента многие годы. Традиционно к НДА относят варианты заболеваний, проявления которых не соответствуют или соответствуют не в полной мере разработанным диагностическим (классификационным) критериям определенных нозологических форм. Во многих клинических случаях на начальных этапах дифференциальной диагностики дебютные формы суставного синдрома условно можно разделить на **ревматоидоподобные** и **спондилоартритические** (рис. 1). При сохранении терминологической общности основного определения, существуют различия в трактовке «раннего» и НДА при указанных вариантах суставного синдрома.

НДА в дебюте РА рассматривают как вариант так называемого «раннего ревматоидного артрита» и, в соответствии с рекомендацией Международной комиссии экспертов, к такому варианту артрита следует применять термин **недифференцированный периферический артрит, НПерА** (undifferentiated peripheral inflammatory arthritis, UPIA). В группу НПерА включают пациентов с клинически значимой припухлостью одного или нескольких суставов (синовиальная пролиферация или синовиальный отек), выявленных при осмотре ревматологом, и отсутствие на момент первичного обследования соответствия каким-либо диагностическим/классификационным критериям специфического ревматического заболевания [25].



Рисунок 1. - Начальная диагностика суставного синдрома

Кроме НПерА в группу ранних артритов так же включают «**очень ранний артрит**» и «**ранний развернутый или установившийся РА**». «Очень ранний РА» определяют как

заболевание с длительностью симптомов до 3 мес., при постепенном развитии симптомов - до 6 мес. Эти сроки позволяют оценить стойкость артрита. Период считается потенциально обратимым состоянием. «Ранний установившийся (развернутый) РА» это артрит первых 1-2 лет болезни, когда можно определить первые признаки прогрессирования болезни – к примеру, наличие / отсутствие типичного эрозивного процесса в суставах [2].

На основании анализа факторов риска развития РА рабочей группой EULAR по изучению факторов риска развития РА, кроме НдА были выделены еще четыре группы лиц с высоким риском развития этой патологии [23] (табл. 1).

Таблица

**Группы пациентов с повышенным риском развития ревматоидного артрита**  
(EULAR Study Group for Risk Factors for Rheumatoid Arthritis, 2012)

<i>Пре РА</i>	– лица с риском РА на основании генетических и внешних факторов без клинических и лабораторных признаков болезни;
<i>Преклинический РА</i>	– лица с риском РА по лабораторным изменениям, но без симптомов воспалительного заболевания;
<i>Воспалительная артралгия</i>	– объекты с риском РА, основанным на наличии симптомов (артралгии, утренняя скованность), но без клинического или инструментального подтверждения наличия синовита;
<i>Аутоантитело позитивная артралгия</i>	– то же + выявление типичных лабораторных изменений (наличие АЦБ и / или РФ)
<i>Недифференцированный периферический артрит</i>	– лица с клинически выраженным артритом, но не соответствующие критериям РА.

Несмотря на активное изучение преклинических форм РА, на сегодняшний день конкретных рекомендаций по ведению этой категории пациентов не существует, хотя и обсуждается целесообразность начала активной терапии у «условно» здоровых лиц. В большей степени клинический интерес представляют воспалительные артралгии и НПерА. Обоснованность выделения групп риска по РА подтверждается убедительными доказательствами того, что развитие субклинически протекающего иммунопатологического процесса происходит за много месяцев (или лет) до появления очевидных признаков РА. Это различные иммунологические нарушения, характерные для РА, а также признаки хронического синовита по данным биопсии синовиальной оболочки суставов, выявляемые уже в самом начале болезни не только в воспаленных, но и в «нормальных» суставах [8].

В современной классификации СпА (рис. 2) **недифференцированный спондилоартрит (НСпА)** входит в группу преимущественно периферических СпА [30].

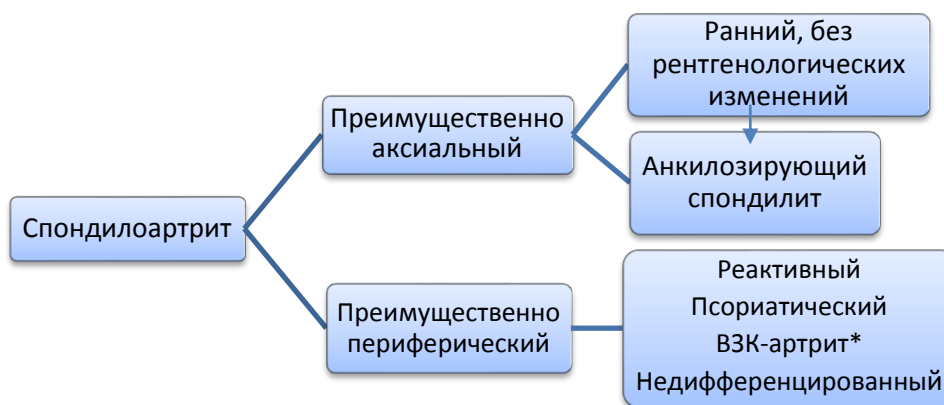


Рисунок 2. - Современная концепция классификации спондилоартритов

*Примечание.* \* - ВЗК-артрит – артрит, ассоциированные с неспецифическим язвенным колитом или болезнью Крона

Однако, если НПерА рассматривается как дебютный вариант РА, то НСпА во многих случаях является самостоятельной нозологической формой с клиническими и рентгенологическими признаками СпА, но без соответствия диагностическим критериям «классических» форм СпА. НСпА включают ряд конкретных заболеваний - синдром SAPHO (Synovitis, Acne, Pustulosis, Hyperostosis, Osteitis); синдром SEA (Seronegativ Enthesopathy and Arthropathy syndrome); изолированный дактилит; HLA-B27- ассоциированный увеит / иридоциклит; HLA-B27-ассоциированное кардиологическое заболевание и др.

Термин «ранний СпА» применяют по отношению к аксиальному подтипу СпА без рентгенологических признаков, конечным вариантом которого является анкилозирующий спондилит.

#### Диагностические критерии и их трансформация в классификационные.

Диагностические критерии РА (табл. 2), использовавшиеся с 1987 г. [16], долгое время служили общепринятым инструментом для диагностики РА и обладают достаточно высокой чувствительностью (93%) и специфичностью (91%) для развернутых форм РА, однако не отвечают в должной мере потребностям ранней диагностики заболевания, в том числе для пациентов с НдА. Значительный удельный вес (2 критерия из 7) имеют редко встречающиеся на ранней стадии болезни симптомы – ревматоидные узелки и типичные рентгенологические изменения.

Таблица 2

#### Классификационные критерии ревматоидного артрита (Американская коллегия ревматологов, 1987 г.)

Критерий	Описание
Утренняя скованность	Утренняя скованность в суставах или околосуставных областях длительностью суставов не менее 1 часа до максимального улучшения (в течение 6 нед. и более)
Артрит трех и более	Припухлость мягких тканей или выпот (но не костные

<b>суставных областей</b>	разрастания), определяемые врачом, в трех или более областях из 14 следующих: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, локтевых, коленных, голеностопных, плюснефаланговых суставов (в течение 6 недель и более)
<b>Артрит суставов кистей</b>	Припухлость в области проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых или лучезапястных суставов (в течение 6 недель и более)
<b>Симметричный артрит</b>	Билатеральное поражение одинаковых суставных областей из 14 вышеназванных (проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, локтевых, коленных, голеностопных, плюснефаланговых суставов) (в течение 6 недель и более)
<b>Ревматоидные узелки</b>	Подкожные узелки, расположенные над костными выступами, разгибательными поверхностями конечностей или околосуставными областями, определяемые врачом.
<b>РФ</b>	Повышенный уровень РФ в сыворотке крови (определение проводят любым методом, дающим положительный результат не более чем у 5% здоровых людей).
<b>Рентгенологические изменения</b>	Изменения, типичные для РА, на рентгенограммах кистей и лучезапястных суставов в прямой проекции, включающие костные эрозии и/или значительную декальцификацию костей в пораженных суставах и/или околосуставных областях (изолированные изменения, характерные для остеоартроза, не учитывают).

*Примечание.* \*Для установления диагноза РА необходимо выявление как минимум 4 из 7 приведенных критериев. Первые 4 критерия должны присутствовать не < 6 нед.

В 2007г. А.Н. Van der Helm-van Mil и соавт. [35] были предложены специальные критерии («prediction rule» – «решающее правило»), позволяющие определить вероятность трансформации НдА в РА в течение первого года заболевания (табл. 3).

Таблица 3

**Критерии прогноза (решающее правило) для предсказания развития РА у пациентов с недифференцированным артритом**

Признак	Балл
1. Каков возраст? умножить на 0.02	
2. Каков пол? Если женский	1
3. Каково распределение поражения суставов?	
• мелкие суставы кистей и стоп	0,5
• симметричное поражение суставов	0,5
• поражение суставов верхних конечностей	1
• поражение суставов верхних и нижних конечностей	1,5
4. Какова утренняя скованность (мм, ВАШ)?	
• 26-90 мм	1

• >90 мм	2
Вариант [20]:	
Какова утренняя скованность (мин)?	
• 30-59 мин	0,5
• ≥ 60 мин	1
5. Каково число болезненных суставов?	
• 4-10	0,5
• 11 и выше	1
6. Каково число припухших суставов?	
• 4-10	0,5
• 11 и выше	1
7. Каков уровень С-реактивного белка?	
• 5-50 мг/л	0,5
• 51 мг/л и выше	1,5
8. У пациента положительный тест на ревматоидный фактор?	
• Если да	1
9. У пациента положительный тест на АЦЦП?	
• Если да	2
<b>Примечание. * Для подсчета «прогностического индекса» (При) («prediction score») баллы из таблицы суммируются, максимально возможное значение – 14 баллов. Значение При ≤6 баллов соответствует низкой вероятности развития РА в течение 1 года, При ≥8 баллов – высокой вероятности развития РА в течение 1 года.</b>	

Основной отличительной чертой данных критериев является отсутствие ограничений по длительности симптоматики. Теоретически при наличии соответствующих изменений диагноз может быть установлен уже в первые часы от начала болезни, что в принципе дает возможность лечить артрит как неотложное состояние.

В 2010 г. успешный опыт апробирования этих критериев был использован совместно специалистами EULAR и ACR при разработке новых классификационных критериев РА, основанных не на сравнительном анализе клинических характеристик, а на сочетании экспертной оценки и статистического анализа. Отличительная особенность нового алгоритма диагностики – практическая направленность в отношении установления раннего диагноза как инструмента для обоснования раннего применения терапии базисными противовоспалительными препаратами [2;15] (табл. 4).

Таблица 4

**Классификационные критерии РА (ACR / EULAR, 2010) – алгоритм диагностики**

Критерий	Число баллов
<b>А.</b> Вовлечение суставов *	
1 крупный сустав	0
2-10 крупных суставов	1
1-3 мелких сустава (с вовлечением или без вовлечения крупных суставов)	2

	4-10 мелких суставов (с вовлечением или без вовлечения крупных суставов)	3
	>10 суставов (с вовлечением как минимум 1 мелкого сустава)	5
<b>В.</b>	Серология ( <i>необходим результат как минимум одного теста</i> ):	
	РФ и АЦБ** отрицательны	0
	РФ или АЦБ слабоположительны ( $\leq 3$ ВГН***)	2
	РФ или АЦБ высокоположительны ( $> 3$ ВГН)	3
<b>С.</b>	Острофазовые показатели ( <i>необходим результат как минимум одного теста</i> ):	
	Нормальный уровень СРБ и нормальная СОЭ	0
	Повышенный уровень СРБ или повышенная СОЭ	1
<b>Д.</b>	Длительность симптоматики:	
	< 6 нед.	0
	$\geq 6$ нед.	1

*Примечание.* \* Припухлость и/или болезненность, кроме суставов исключения; \*\* - антитела к цитруллинированным белкам; \*\*\* - ВГН – верхняя граница лабораторной нормы.

**Для диагностики достоверного РА необходима сумма баллов в разделах А-Д $\geq$ 6.**

Существенным моментом для практического применения критериев 2010 г. является указание на категории суставов, которые должны оцениваться при постановке диагноза, включая суставы исключения (табл. 5).

Таблица 5

**Категории суставов, используемые для оценки статуса пациента по классификации 2010 г**

<b>Суставы исключения (характерны для ОА)</b>	Не учитываются изменения дистальных межфаланговых суставов, первых запястно-пястных суставов и плюснефаланговых суставов
<b>Крупные суставы</b>	Плечевые, локтевые, тазобедренные, коленные, голеностопные
<b>Мелкие суставы</b>	Пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, 2-5 плюснефаланговых, межфаланговых суставов больших пальцев кистей, лучезапястные суставы
<b>Другие суставы</b>	Суставы, которые могут быть поражены при РА, но не включены ни в одну из перечисленных выше групп (к примеру, височно-нижнечелюстной, акромиально-ключичный, грудино-ключичный и др.)

Важным отличием от диагностических критериев ACR 1987 г. является характеристика «суставного статуса» – учет в качестве признака, позволяющего зафиксировать наличие синовита, не только припухлости сустава, но и его *болезненности, которая объективизируется положительным «тестом бокового сжатия»* пястно-фаланговых и плюсне-фаланговых суставов. Один из наиболее значимых клинических симптомов – длительность утренней скованности более 30 минут - используется не только как признак раннего РА, но и как показатель активности болезни.



Положительный тест бокового сжатия, утренняя скованность более 30 минут, наличие 3 и более припухших суставов являются, в соответствии с рекомендациями EULAR, критериями клинического подозрения на РА, которые являются показаниями для консультации ревматолога. Некоторые специалисты рекомендуют задуматься о диагнозе РА даже при 1-2 припухших суставах (моно-, олигоартрит). Эти рекомендации направлены на максимально раннее обращение впервые заболевших за специализированной медицинской помощью [21, 5].

Наряду с припухлостью и болезненностью, в качестве признаков для обоснования диагноза и фиксации наличия активного воспаления, выбраны также повышение СОЭ и уровень СРБ. С высокими титрами РФ, увеличением СОЭ и уровня СРБ ассоциировано быстрое прогрессирование поражения суставов. Однако на ранней стадии заболевания эти показатели часто соответствуют норме [2].

Среди новых иммунологических методов наибольшее значение имеет определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), которому отводится второе место после РФ. Данный тест достаточно специфичен (75–90%) для РА, а чувствительность его на ранней стадии болезни достигает также 75% [1]. Особенно важно определение АЦЦП у серонегативных по РФ больных. Как показывают многочисленные литературные данные [17], АЦЦП, особенно 2-го поколения (АЦЦП–2) специфичнее для РА, чем РФ, а также может успешно использоваться для прогнозирования развития РА у больных НДА. В отличие от РФ (IgM), АЦЦП реже подвергается периферической сероконверсии в течение заболевания и не зависит от возраста [14, 24]. На доклинической стадии заболевания АЦЦП можно обнаружить в сыворотках пациентов за 14 лет до первых симптомов РА (медиана 4 года), что на 4-5 лет предшествует РФ [34]. Серопозитивность АЦЦП и/или высокий титр, ассоциируется с более быстрым прогрессированием эрозивных изменений в суставах, устойчиво высокой активностью РА, повышением общей летальности и более частым развитием коморбидных состояний, что наделяет тест несомненным прогностическим значением [32, 26].

Методики иммунологической диагностики РА находятся сейчас в стадии бурного развития, предложено множество новых тестов, каждый из которых имеет свои преимущества. Класс антицитруллинированных белков включает достаточно широкий спектр аутоантител, распознающих цитруллин-содержащие эпитопы иной химической структуры - АЦЦП–2, АЦЦП–3, антитела к мутированному цитруллинированному виментину (анти–МЦВ), цитруллинированному фибриногену, цитруллинированной  $\alpha$ -энолазе, цитруллинированному коллагену II типа, а также аутоантитела к ядерным белкам, прежде всего к Ro/SS-A и RA33-антигенам [3]. Существует алгоритм иммунологической диагностики РА [22], основанный на повторном определении РФ, АЦЦП, анти–МЦВ, RA33 в динамике, что при правильной

интерпретации должно помочь не только поставить нозологический диагноз, но и уточнить прогноз болезни (рис. 3).

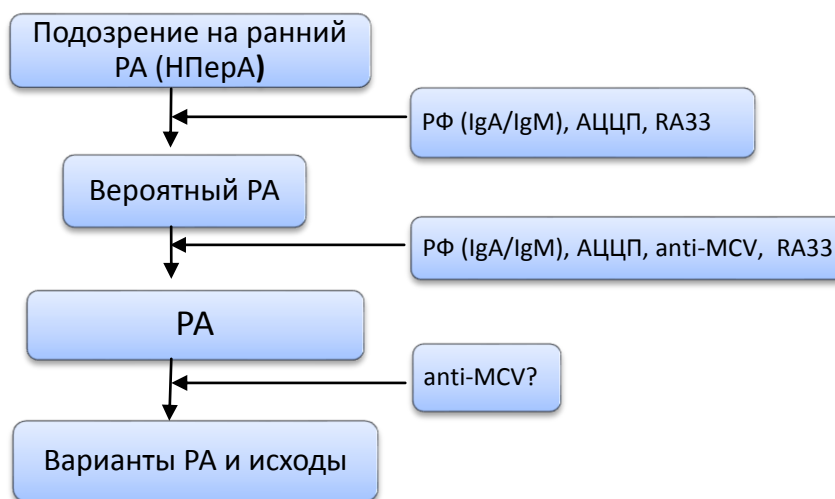


Рисунок 3.- Алгоритм иммунологической диагностики РА, основанный на повторном определении РФ, АЦЦП, анти-МЦВ, РА33 в динамике (по E. Feist et al., 2007, с изменениями Каратеева Д.Е. и соавт., 2008) [5]

Следующий этап до момента установления рабочего диагноза НПерА - дифференциальный диагноз с заболеваниями, представленными в порядке частоты выявления в таблице 6 [25].

Таблица 6

***Заболевания, с которыми проводят дифференциальный диагноз до установления диагноза НПерА (по P. Machado и соавт., 2011 )***

• Остеоартроз
• СпА (реактивный, ПсА, АС, недифференцированный СпА),
• Микрористаллические артриты,
• Травмы,
• Системные болезни СТ (СКВ, БШ, полимиозит)
• Гнойный артрит,
• Саркоидоз
• Заболевания мягких тканей (периартриты, миозиты и пр.)
• Ревматическая полимиалгия
• Лайм-бореллиоз,
• Васкулиты,
• Ювенильный РА/ ювенильный хронический артрит
• Палиндромный ревматизм
• Фибромиалгия,
• Эндокринные заболевания
• Паранеопластический артрит

- Артрит вирусной этиологии

Таким образом, чтобы поставить диагноз РА по новым критериям, необходимо выявить у пациента хотя бы один припухший сустав, исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться артритом, и набрать не менее 6 баллов из десяти возможных по четырем позициям (разделы А, В, С, D), описывающим особенности картины болезни у данного пациента.

Новые критерии РА позиционированы в большей степени как классификационные, основная цель которых - выделение из популяции пациентов с наиболее высоким риском развития стойкого или эрозивного артрита для раннего назначения базисной терапии. Однако они обладают высокой ценностью и для врача-практика в качестве диагностического алгоритма для установления диагноза раннего РА.

**Классификационные критерии аксиального спондилоартрита** были разработаны в 2009 г. рабочей группой ASAS (The Assessment of SpondyloArthritis international Society) по изучению АС и имеют два варианта (табл. 7). Один из них базируется на *визуализационных признаках сакроилеита* (МРТ или рентгенография), а другой – на выявлении *HLA-B27 и клинико-лабораторных проявлений*, характерных для всей группы СпА. Первый набор несколько уступает второму по чувствительности, но превышает по специфичности. Возможность ранней, *дорентгенологической* диагностики АС является кардинальным отличием новых критериев преимущественно аксСпА [27, 28].

Таблица 7.

**Классификационные критерии аксиального спондилоартрита (ASAS, 2009г.)**

**Для пациентов с длительностью боли в спине 3 мес. и более, в возрасте менее 45 лет**

Сакроилеит по данным визуализации + 1 и более из признаков СпА	или	Наличие HLA-B27 + 2 и более прочих признаков СпА
<i>чувствительность 66,2%</i>		<i>чувствительность 82,9%</i>
<i>специфичность 97,3%</i>		<i>специфичность 84,4%</i>

Сакроилеит по данным визуализации:

**активное (острое) воспаление по данным МРТ с высокой степенью вероятности указывающее на сакроилеит, характерный для СпА**

или

**сакроилеит, определенный по данным рентгенографии, соответствующий модифицированным Нью-Йоркским критериям АС**

Признаки СпА

**воспалительная боль в спине**

**артрит**

**энтезит (в области пяток)**

**увейт**

**дактилит**

**псориаз**  
**болезнь Крона, неспецифический язвенный колит**  
**хороший эффект НПВП**  
**СПА у членов семьи**  
**HLA-B27**  
**повышение уровня СРБ**

Особое место не только в ранней диагностике, но и в оценке активности заболевания отводится магнитно-резонансной томографии (МРТ) крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника. Для визуализации активных воспалительных изменений применяют режимы T1-взвешенный с подавлением жировой ткани, с применением магнитно-контрастного вещества (гадолиния), а также T2-режим с подавлением жировой ткани - STIR (рис. 4). Выявление при МРТ крестцово-подвздошных сочленений отека костного мозга (остита), капсулита, синовита, энтезита свидетельствуют об активном воспалительном процессе. Склероз, костные эрозии, жировая дегенерация, костные мостики или анкилоз относят к МРТ-проявлениям хронического воспаления [9, с. 138; 27; 28].

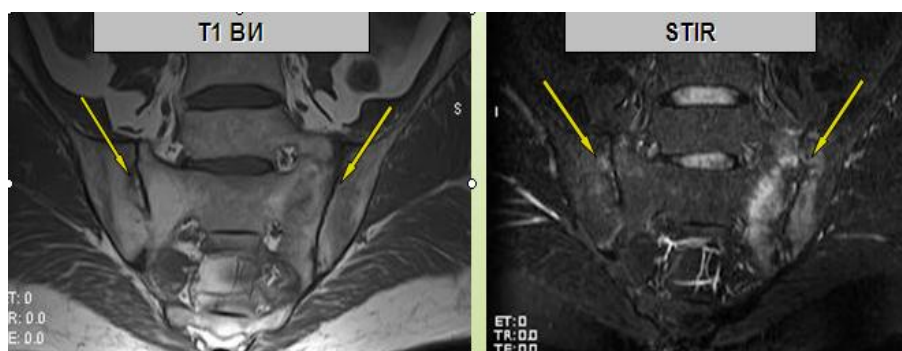


Рисунок 4. - Воспалительные изменения в крестцово-подвздошных сочленениях, выявляемые в разных МРТ-режимах [6].

МРТ значительно чувствительнее, чем стандартная рентгенография, при выявлении ранних признаков костно-хрящевой деструкции (рис. 5).

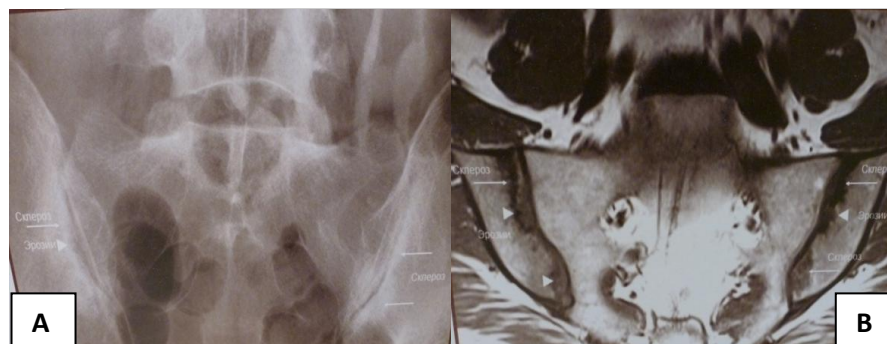


Рисунок 5. - Пациент И. Признаки воспалительного поражения крестцово-подвздошных сочленений по данным рентгенографии (А) и МРТ (В) [ Гайдукова И.З., 2013].

Специальные исследования, посвященные сопоставлению выявления костных эрозий разными методами, показали, что рентгенонегативные эрозии, выявляемые с помощью МРТ и УЗИ, могут считаться истинными эрозиями [19]. Ультразвуковое исследование при СпА используется для выявления энтезопатий и воспалительных изменений в тазобедренных суставах [9, с. 139]. Единой стандартизированной системы оценки выявляемого при УЗИ структурного повреждения суставов не существует. Вместе с тем, сонография, наряду с рентгенографией и МРТ исследованием суставов, все чаще используется для верификации диагноза. R. Wakefield и соавт. [36] показали, что по сравнению со стандартной рентгенографией сонография выявляет в 6,5 раз больше эрозий в ранней стадии РА и в 3,4 раза – при течении заболевания свыше 2 лет. Чувствительность рентгенодиагностики, УЗИ и МРТ составила 19; 42; и 68%, а специфичность указанных методов – 100; 91; и 96% соответственно.

Для диагностики перСпА также существует два варианта критериев (табл. 8) [29].

Таблица 8.

**Классификационные критерии для пациентов с преимущественно периферическим спондилоартритом (ASAS, 2011)**

<i>Чувствительность 77,8% , специфичность 82,8%</i>	
Артрит, или энтезит, или дактилит	
+	
1 и более признаков СпА	или 2 и более других признаков СпА
Признаки СпА	Другие признаки СпА
увеит	артрит
псориаз	энтезит
болезнь Крона, НЯК	дактилит
предшествующая инфекция	воспалительная боль в спине
HLA-B27	семейный анамнез СпА
доказанный сакроилеит	

Критерий «воспалительная боль в спине» оценивается по набору определенных признаков. Боль в позвоночнике расценивается как *воспалительная*, если выявляют не менее 4 из 5 нижеперечисленных признаков по первой или второй группам критериев (табл. 9) [18; 31].

Таблица 9.

**Классификационные критерии воспалительных болей в позвоночнике**

Критерии A. Calin и соавт., 1997	Критерии ASAS, 2009
Наличие любых 4 из 5 признаков	
<b>Постепенное начало</b>	<b>Постепенное начало</b>
<b>Возраст начала &lt;40 лет</b>	<b>Возраст начала &lt;40 лет</b>
Длительность боли в нижней части спины ≥3 мес.	Ночные боли
Наличие утренней скованности	Отсутствие уменьшения боли в покое
<b>Уменьшение болей после упражнений</b>	<b>Уменьшение болей после упражнений</b>

---

*Чувствительность 89,9%*

*Специфичность 52,5%*

*Чувствительность 79,6%*

*Специфичность 72,4%*

---

Обязательным для обоих вариантов является наличие периферического суставного или сухожильного поражения (артрит, энтезит, дактилит). Диагноз перСпА может быть установлен при сочетании суставного или сухожильного поражения с одним признаком из первой группы или с двумя признаками из второй группы «других признаков».

Включение моноартрита и полиартрита в перечень диагностически значимых признаков наряду с олигоартритом является одним из преимуществ новых критериев периферического СпА и способствует увеличению чувствительности критериев. Потенциальным недостатком новых критериев периферического СпА является исключение больных с дебютом заболевания после 45 лет, а также неопределенность вклада осевого поражения в диагноз при периферической форме и периферических поражений при преимущественно аксиальном варианте СпА. В данной ситуации существенным моментом является вынесение боли в спине 3 и более месяцев в качестве заглавного критерия для преимущественно аксиального варианта СпА. Кроме того, к основным критериям периферического СпА наравне с артритом отнесены энтезит и дактилит, которые могут учитываться как в сочетании с артритом, так и без последнего [11].

Таким образом, в структуре дебюта суставного процесса удельный вес недифференцированных и «ранних» форм артрита достаточно высок. Кардинальное отличие современной тактики лечения таких пациентов – возможность назначения патогенетической терапии, цель которой – обрыв разрушительного патологического процесса в суставе и максимальное сохранение функциональных возможностей пациента. Не следует возлагать больших надежд на спонтанные ремиссии, о частоте которых нет единого мнения. Путь к своевременной терапии лежит через максимально раннюю диагностику аутоиммунных заболеваний суставов, который возможен уже на этапе обращения к специалисту любого профиля при условии, что этот специалист имеет представление о современных классификационных критериях РА и СпА. Залог дальнейшего успеха – грамотное ведение пациента ревматологом с длительной, непрерывной терапией, тщательным контролем ее эффективности и переносимости [2; 35].

#### Литература

1. Александрова Е.Н., Чемерис Н.А., Каратеев Д.Е. и соавт. // Тер. Архив. – 2004. – № 12. – С. 64–68.
2. Генно-инженерные биологические препараты в лечении ревматоидного артрита / Под ред. академика РАМН Е.Л. Насонова. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2013. – 552 с.: ил., с. 65–77.
3. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Тюрина Л.Н. и соавт. // Тер. Архив. – 2008. – № 5. – С.

- 8–13.
4. Каратеев Д.Е. // Научно–практическая ревматология. – 2004. – №1, – С. 8–14.
  5. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Тогизбаев Г. // Рус. мед. журнал. – 2008. – Т. 16, № 24. – С. 1610-1615.
  6. Мясоутова Л.И., Лапшина С.А., Протопопов М.С. и др. // Практическая медицина. – 2011. – № 4.
  7. Насонов Е.Л. // Русс. Мед. Журнал. – 2002. – Т. 10, № 22, – С. 1009–101.
  8. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 720с.
  9. Ревматология. Клинические лекции / Под ред. проф. В.В. Бадюкина. – М.: Литтера, 2012. – 592 с.
  10. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. // Научно–практическая ревматология. – 2001. – № 5. – С. 4–11.
  11. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Абельдяев Д.В. // Рос. мед. журнал. – № 6. – 2013. – С. 332 – 337.
  12. Эрдес Ш.Ф., Балабанова Р.М. // Научно-практическая ревматология. – 2013. – № 2. – С. 145 – 148.
  13. Яременко О.Б. // Укр. ревматол. журн. – 2002. - №3. – С. 45-51.
  14. Aggarwal R., Liao K., Nair R. et al. // Arthr Rheum. – 2009. – Vol. 61. – P. 1472 – 1483.
  15. Aletaha D., Neogi T., Silman A.J. et al. // Ann Rheum Dis. – 2010. – Vol. 69. – P. 1580 – 1588.
  16. Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A. et al. // Arthr Reum. – 1988. – Vol. 31. – P. 315-324.
  17. Avouac J., Gossec L., Dougados M. // Ann Rheum Dis. – 2006. – Vol. 65. – P. 845–851.
  18. Calin A., Porta G., Fries G.F. et al. // JAMA. – 1977 – Vol. 237. – P. 2613—2614.
  19. Dohn U.M., Ejbjerg B.J., Hasselquist H. et al. // Research & Therapy. – 2008.– 10:R25
  20. Dixon WG, Symmons DP. // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. – 2005. – Vol. 19, №. 1. – P. 37–53.
  21. Emery P., Breedveld F.C., Dougados M. et al. // Ann. Rheum. Dis. 2002, – Vol. 61, No. 4. – P. 290–297
  22. Feist E., Burmester G.–R., Egerer K. // Zeitschrift Fur Rheumatologie. – 2007. – Vol. 66, Suppl. 3. – P. 212–218.
  23. Gerlag D., Raza K., van Baarsen L. et al. // Ann Rheum Dis. – 2012. – Vol. 71. – P. 638-412.

24. Klareskog L., Catrina A.I., Paget S. // *Lancet*. – 2009. – Vol. 373. – P. 659-672.
25. Machado P., Castrejon I., Katchamart W. et al. // *Ann Rheum Dis*. – 2011. – Vol. 70. – P. 15-24.
26. Meyer O., Labarre C., Daugados M. et al. // *Ann Rheum Dis*. – 2003. – Vol. 62. – P. 120-126.
27. Rudwaleit M., Landew R., van der Heijde D. // *Ann. Rhem. Dis*. – 2009. – Vol. 68, № 6. – P. 770-776.
28. Rudwaleit M., van der Heijde D., Landew R. // *Ann. Rhem. Dis*. – 2009. – Vol. 68, № 6. – P. 777-783.
29. Rudwaleit M., van der Heijde D., Landewé R. et al. // *Ann Rheum Dis*. – 2011. – Vol. 70, Suppl. 1. – P. 25-31.
30. Sieper J., Rudwaleit M., Baraliacos X. et al. // *Ann Rheum Dis*. – 2009. – Vol. 68 (Suppl.
31. Sieper J., van der Heijde D.M., Landewe R.B.M. et al. // *Ann Rheum Dis*. – 2009. – Vol. 68, Suppl. 6. – P. 784—788.
32. Svard A., Kastbom A., Reckner-Olsson A., Skogh T. // *Arthritis Research & Therapy*. – 2008. – 10:R75
33. Van Aken J., van Dongen H., le Cessie S. et al. // *Ann Rheum Dis*. – 2006. – Vol. 65. – P. 20–25.
34. Van Beers J.J.B.C., van Venrooij W.J., Pruijn G.J.M. Two major classes of rheumatoid arthritis: CCP distinguishes between ACPA-positive and ACPA-negative RA. In: Conrad K.,
35. Van der Helm-van Mil A.H., le Cessie S., van Dongen H. et al. // *Arthritis Rheum*. – 2007. – Vol. 56, Suppl. 2. – P. 433–440.
36. Wakefield R., Gibbon W., Conghan P. et al. // *Arthr Rheum*. – 2000. – Vol. 43. – P. 2762 – 2770.

#### Контактная информация

Нехайчик Татьяна Аркадьевна

220123ф г. Минск – 12, Машерова, 26

Рабочий тел. 299-26-97

Моб. тел. velcom 8029-689-18-10

Электронный адрес netat26@mail.ru



