

Дифференциальная диагностика СпА
Image



Дифференциальная диагностика СпА

Трудности и этапы дифференциальной диагностики СпА

Во врачебной практике больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата встречаются очень часто. МКБ-10 включает более 150 различных нозологических форм ревматических заболеваний. Поражение суставов встречается также при неревматических заболеваниях:

- болезнях легких;
- системы крови;
- эндокринных заболеваниях;
- инфекционных болезнях;
- онкопатологии и др.

Дифференциальная диагностика — в медицине способ **диагностики**, исключающий не подходящие по каким-либо фактам или симптомам заболевания, возможные у больного, что в конечном счете должно свести диагноз к единственно вероятной болезни.

Дифференциальную диагностику в медицине можно разделить на три этапа:

- В первый этап входит сбор анамнеза заболевания, то есть тщательное изучение истории данного заболевания у больного, выяснение причин его появления.
- Во второй этап входит осмотр больного и симптоматика.
- Третий этап дифференциальной диагностики является заключительным. Сюда входят лабораторные и инструментальные исследования для подтверждения правильности поставленного диагноза¹.

Для того чтобы понять, как лучше проводить дифференциальную диагностику [спондилоартритов](#), рассмотрим подробнее некоторые патогенетические и физиологические особенности этой группы заболеваний.

Спондилоартриты (СпА) — группа хронических воспалительных заболеваний позвоночника, суставов, энтезисов, характеризующаяся общими клиническими, рентгенологическими и генетическими особенностями.

Image



Общие клинические особенности:

- [воспалительная боль в спине](#);
- синовит (асимметричный с преимущественным поражением суставов нижних конечностей);
- дактилит;
- боли в местах прикрепления сухожилий, суставных капсул, связок к кости (энтезит);
- поражение кожи ([псориаз](#));
- поражение глаз (передний увеит);
- хроническое воспалительное заболевание кишечника.

Общие рентгенологические особенности:

- сакроилиит по данным рентгенографии (по Kelgren) или магнитно-резонансной томографии (активные воспалительные изменения в крестцово-подвздошных суставах с достоверным отеком костного мозга (остеитом), характерным для сакроилиита при SpA — рекомендации ASAS);
- пролиферация костной ткани в области суставов и энтезисов.

Общие генетические особенности:

- Повышенная ассоциация с различными генами, из которых наиболее часто встречающимся является HLA-B27.
- Наличие у родственников 1-й или 2-й степени родства любого заболевания из нижеследующих:
 - анкилозирующий спондилит;
 - псориаз (подтвержденный дерматологом);
 - увеит (подтвержденный окулистом);
 - хроническое воспалительное заболевание кишечника (документально подтвержденное);
 - недифференцированный спондилоартрит.

Существуют трудности с дифференциальной диагностикой аксиального спондилоартрита и псориатического артрита при вовлечении позвоночника и сопутствующем псориазе.

Диагностические критерии не всегда позволяют четко дифференцировать одно заболевание от другого.

Image

24,4% больных АС
соответствуют критериям CASPAR¹⁵

Классификационные критерии псориатического артрита CASPAR	
1. Псориаз	
псориаз в момент осмотра	2
псориаз в анамнезе	1
семейный анамнез псориаза	1
2. Псоритическая дистрофия ногтей	
точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз	1
3. Отрицательный ревматоидный фактор (кроме латекс-теста)	1
4. Дактилит	
припухлость всего пальца в момент осмотра	1
дактилит в анамнезе	1
5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп	1

Примечание.

Псориатический артрит диагностируется при сумме баллов ≥ 3 в сочетании воспалительного заболевания суставов (артрит, спондилит, энтезит).

72% больных аксПсА
соответствуют критериям аксСпА

Для пациентов с болью в спине продолжительностью ≥ 3 месяцев и возрастом начала < 45 лет

Сакроилиит по данным МРТ или рентгенографии плюс ≥ 1 признака СпА **или** HLA-B27 плюс ≥ 2 признака СпА

- Признаки СпА**
- воспалительная боль в спине (ВБС);
 - артрит;
 - энтезит (пяточный);
 - увеит;
 - дактилит;
 - псориаз;
 - болезнь Крона / язвенный колит;
 - хороший ответ на НПВП;
 - семейный анамнез СпА;
 - HLA-B27;
 - повышенный уровень С-РБ

Схожие клинические проявления могут быть у пациентов как с аксСпА, так и с ПсА (сакроилиит, ВБС, псориаз и т. д.).

Image

Классификационные критерии ASAS для спондилоартритов (SpA)



HLA-B27 обуславливает патогенетическое сходство AC и ПсА¹⁴.

Image



Существуют демографические и генетические различия между аксПсА и АС и АС с псориазом.

Данные сравнения когорт АС и ПсА (n = 2069 пациентов).

На момент выявления заболевания пациенты с АС моложе, преобладает мужской пол, HLA-B*27-положительные.

Image

Параметр	Анкилозирующий спондилит		Псориатический артрит		P-value
	С псориазом (n = 91)	Без псориаза (n = 675)	Аксиальный (n = 477)	Периферический (n = 826)	
Возраст на момент постановки диагноза, среднее	28,7	30,4	35,6	39,3	< 0,001
Мужской пол, n (%)	69 (76)	489 (72)	303 (64)	414 (50)	< 0,001
HLA-b*27, n (%)	75 (82%)	509 (75)	91 (19%)	77 (9)	< 0,001

Примечание.

Адаптировано из Feld 2019 Rheumatology doi:10.1093/rheumatology/kez457.

Диффдиагностика спондилоартритов

Для выявления больных с подозрением на СпА необходимо знать основные признаки, указывающие на воспалительный характер боли в спине:

- возраст 3 мес.;
- постепенное начало;
- утренняя скованность > 30 мин.;
- улучшение при физической нагрузке;
- отсутствие улучшения в покое;
- пробуждение от боли, особенно во второй половине ночи, и уменьшение боли при вставании с постели;
- перемежающаяся боль в ягодицах.

У каждого пациента с ранним артритом, направленного к ревматологу, следует оценить предикторы персистенции активности болезни, определив число припухших и болезненных суставов, СОЭ, уровень СРБ, РФ, АЦЦП, АНФ и выполнив рентгенографию крестцово-подвздошных сочленений, мелких суставов кистей и стоп. МРТ-диагностика поможет выявить воспалительные и дегенеративные изменения, которые не видны на рентгенограмме¹⁶.

Далее подробно рассмотрим изменения в опорно-двигательном аппарате при патологиях, которые возможно спутать в процессе инструментальной диагностики спондилоартритов.

Визуализационные методы дифференциальной диагностики

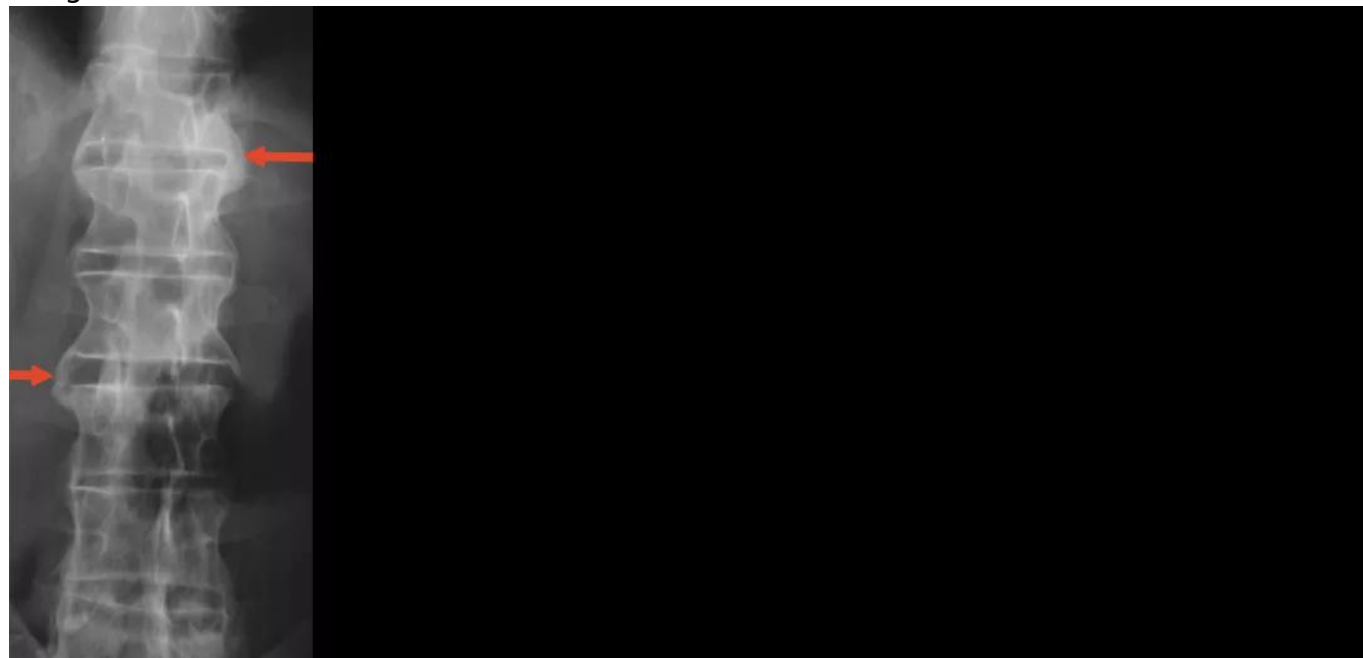
Анкилозирующий спондилит²

Анкилозирующий спондилит (АС) — хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением энтезисов КПС и позвоночника, приводящее к остеопротиферации и структурной прогрессии позвоночника. К сожалению, на сегодняшний момент в РФ средний путь пациента от первых симптомов к диагнозу занимает около 7 лет. В большинстве случаев пациенты попадают к врачу-ревматологу в стадии, при которой уже произошли необратимые повреждения позвоночника, которых можно было бы избежать в случае более ранней постановки верного диагноза и назначения адекватного лечения. Пациенты вынуждены страдать от ограничений подвижности позвоночника, боли, повышенной утомляемости, не могут выполнять стандартные бытовые действия, например завязать шнурки. Именно поэтому крайне важно своевременно провести верную рентген-/МРТ-диагностику у данных пациентов. А после правильной постановки диагноза важно регулярно (не реже раза в 2 года) оценивать рентгенологическое прогрессирование².

Image



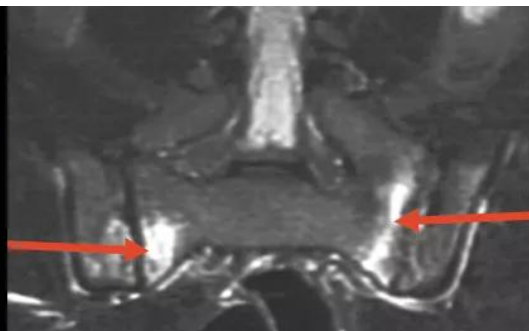
Image



Image

Заключение:

двухсторонний активный сакроилиит.



Image



Заклучение:

двухсторонний хронический сакроилиит.

Нерентгенологический аксиальный спондилоартрит²

Нерентгенологический аксиальный спондилоартрит, как и АС, является заболеванием, в основе которого лежат воспалительные процессы в энтезисах (преимущественно КПС и позвоночника). Однако в отличие от АС на рентгене у таких пациентов вы не увидите сакроилиита. Это является дополнительным барьером для своевременной постановки диагноза у данных пациентов. При этом тяжесть симптомов у таких пациентов сопоставима с пациентами с АС. В связи с этим для выявления нр-аксСпА крайне важно проводить своевременную МРТ-диагностику^{2,8}.

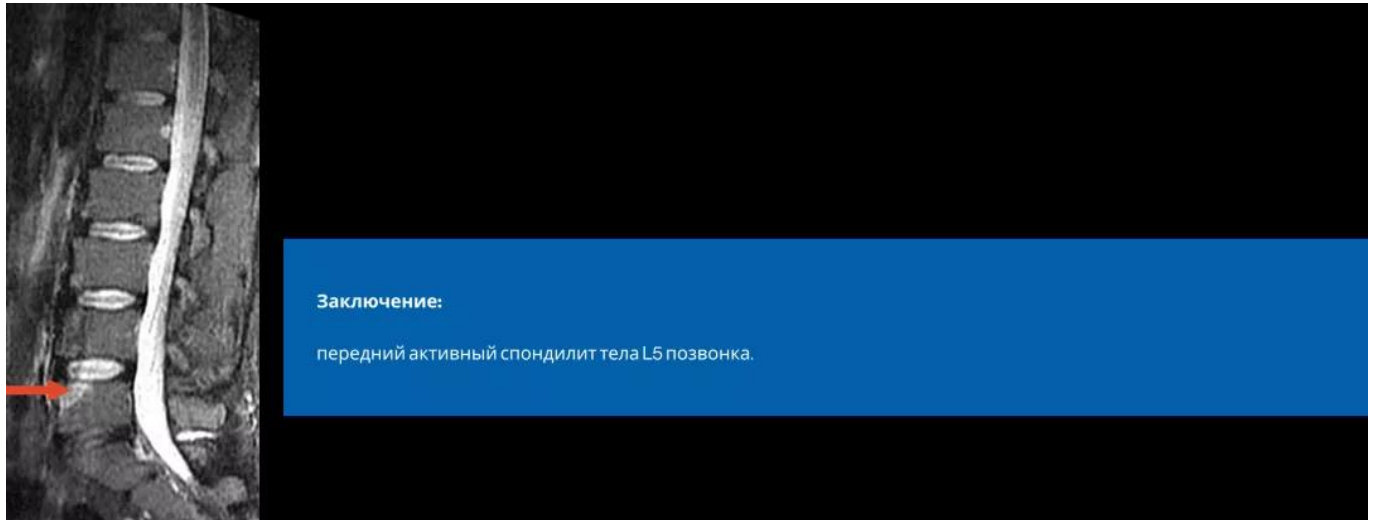
Image



Image



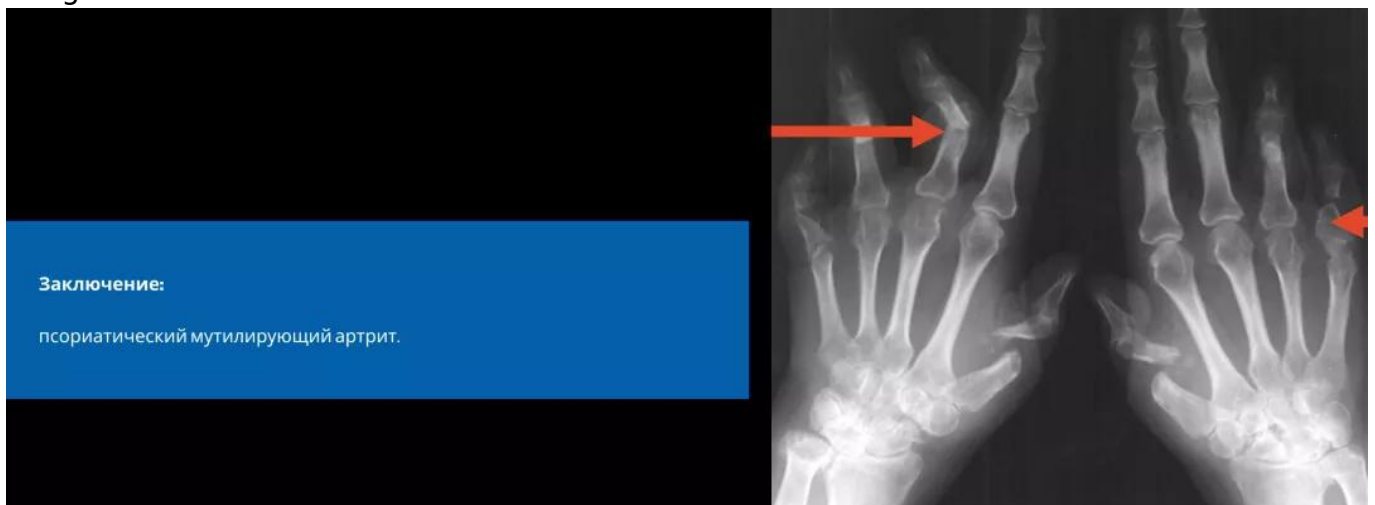
Image



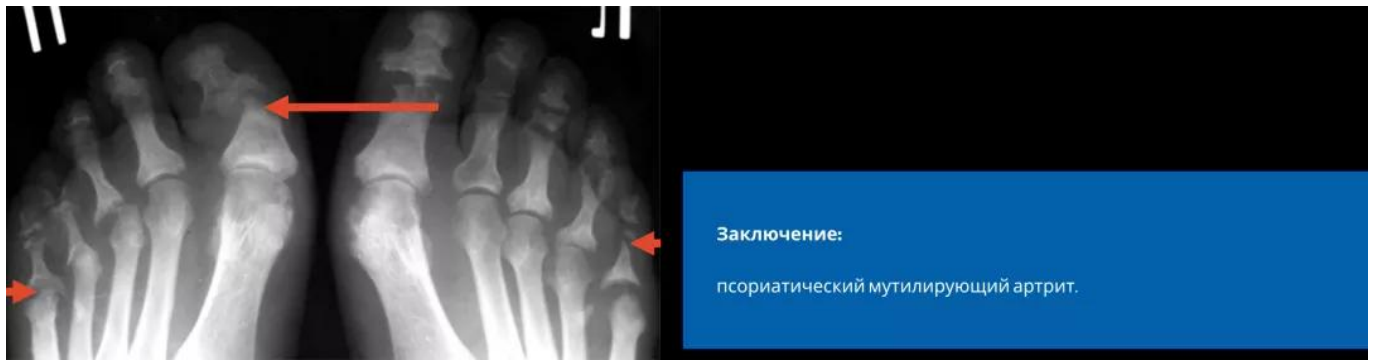
Псориатический артрит³

Псориатический артрит — заболевание, при котором в процесс могут вовлекаться как мелкие, так и крупные суставы, а также позвоночник. Структурные повреждения при ПсА являются основной причиной инвалидизации больных. Вот, к примеру, такой пациент с мутилирующим артритом не сможет выполнить элементарных движений — взять в руки ложку или мобильный телефон, застегнуть пуговицы или завязать шнурки. Все это, конечно, приносит большие страдания пациентам^{3,9}.

Image



Image



Image



Типичные рентгенологические проявления ПсА — костные пролиферации и эрозии⁴

Image

a «Карандаш в колпачке» (черная стрелка),
анкилоз дистального межфалангового сустава (серая стрелка)

b Резорбция дистальной фаланги (белая стрелка),
анкилоз дистального межфалангового сустава (серая стрелка)



Ревматоидный артрит¹⁷

На практике ПсА часто путают с ревматоидным артритом, поскольку при обоих заболеваниях могут поражаться мелкие суставы кистей, характерны костные эрозии. В то же время для РА помимо характерных клинических симптомов есть ряд рентгенологических признаков⁷.

Image



Image



Аксиальный ПсА³

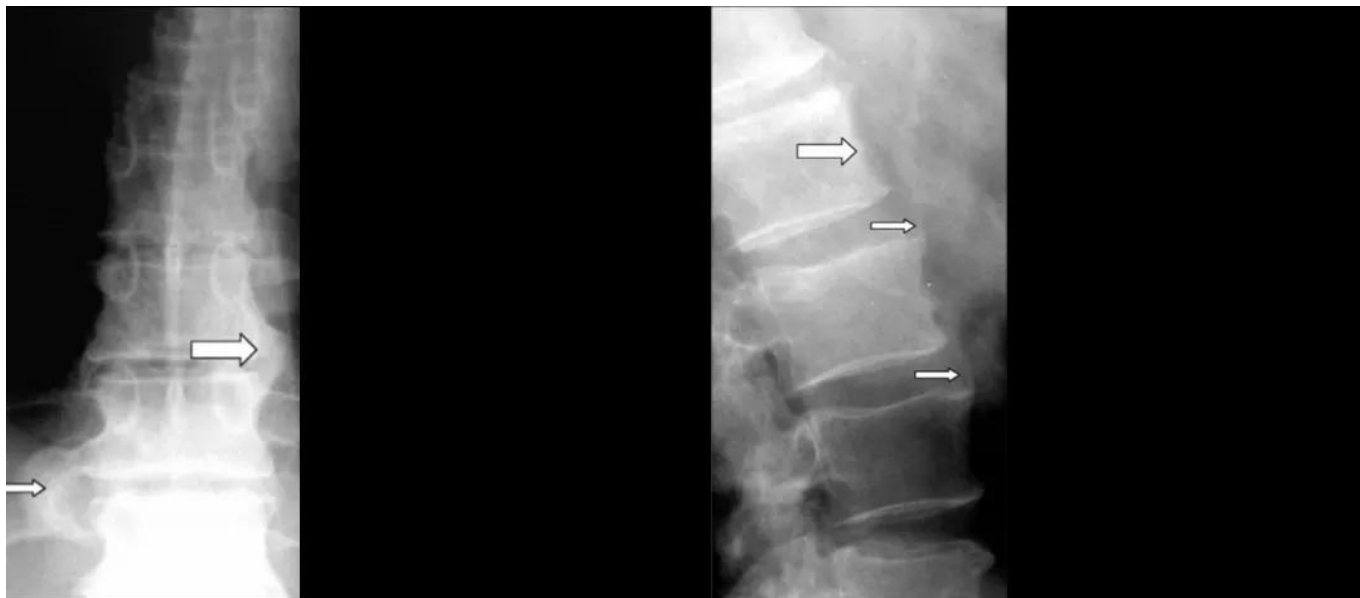
Аксиальное поражение при целенаправленном обследовании пациентов с ПсА выявляется достаточно часто — до 70% случаев; задержка в диагностике связана, как правило, с непостоянным характером воспалительной боли в спине. При вовлечении осевого скелета в воспалительный процесс при ПсА наблюдается более тяжелое течение заболевания, более высокая активность, чем у пациентов, имеющих только периферическое поражение, при этом наблюдаются более грубые структурные изменения.

В соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по ПсА рентгенография таза и позвоночника для диагностики аксиального поражения показана всем пациентам с ПсА⁷.

Поражения осевого скелета при ПсА имеют свои особенности³.

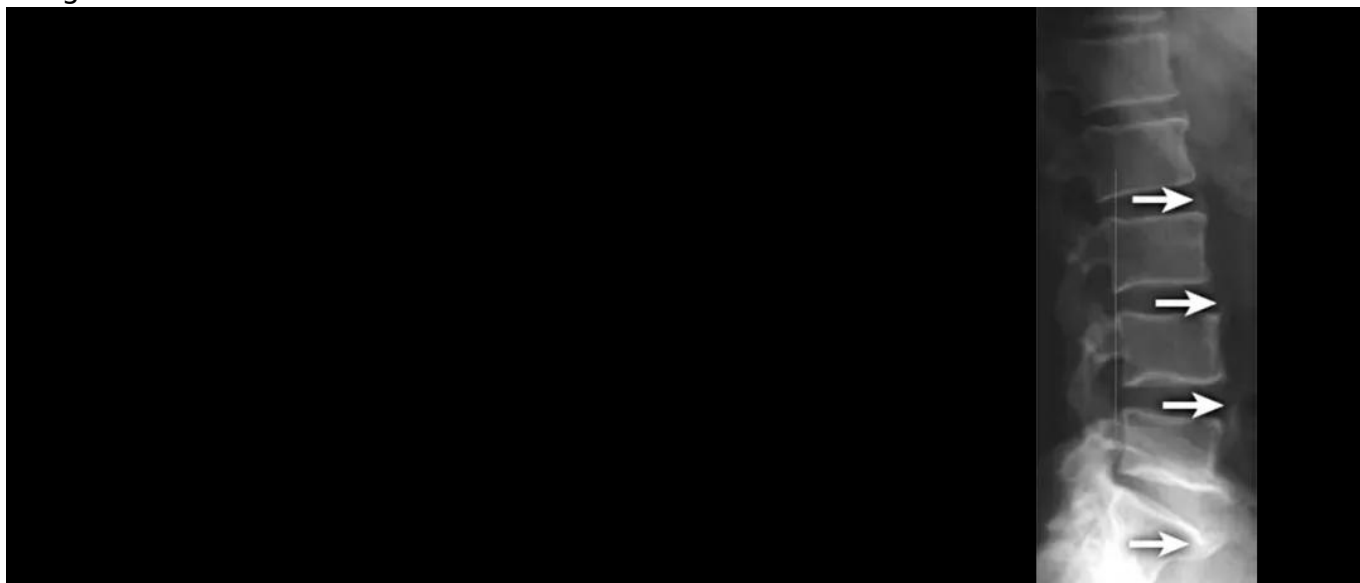
Асимметричные синдесмофиты, часто малочисленны, имеют больший размер и объемную форму.

Image



Характерными для ПсА являются паравертебральные оссификаты (см. рис.). Они имеют вытянутую форму, расположены в мягких тканях вдоль оси позвоночника, по одной из латеральных поверхностей тел позвонков и межпозвонковых дисков. В начальной стадии они не связаны костным основанием с телами позвонков. В более поздние сроки оссификаты соединяются с телами позвонков в местах прикрепления передней продольной связки позвоночника.

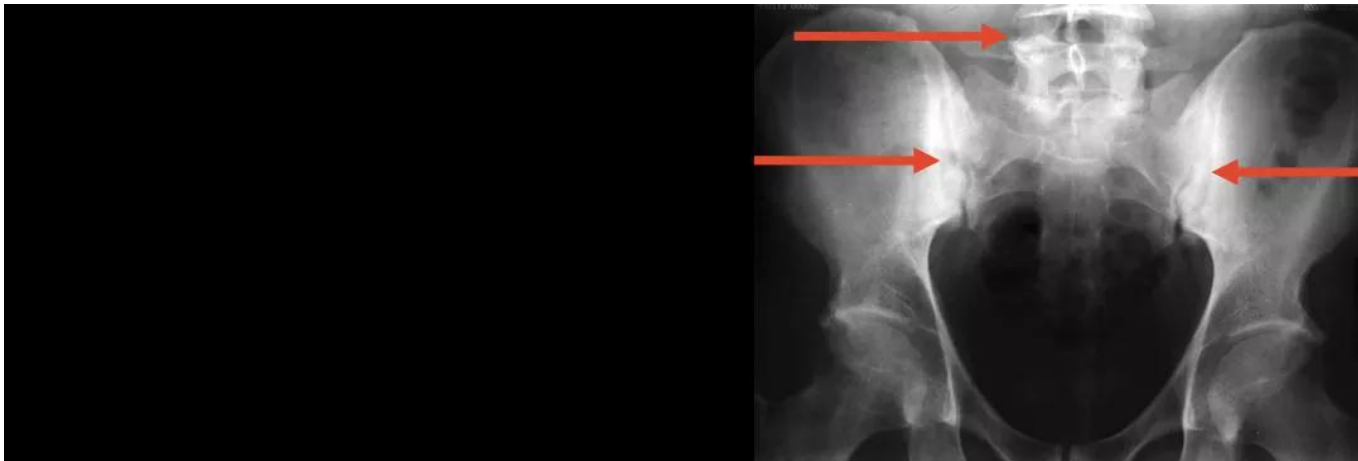
Image



Сакроилиит при ПсА³

Сакроилиит при рентгенографии диагностируется примерно у 30% больных ПсА, при этом каждый четвертый (26%) пациент не жаловался на боль в спине. Поэтому наличие аксиальных поражений при ПсА необходимо активно выявлять³.

Image



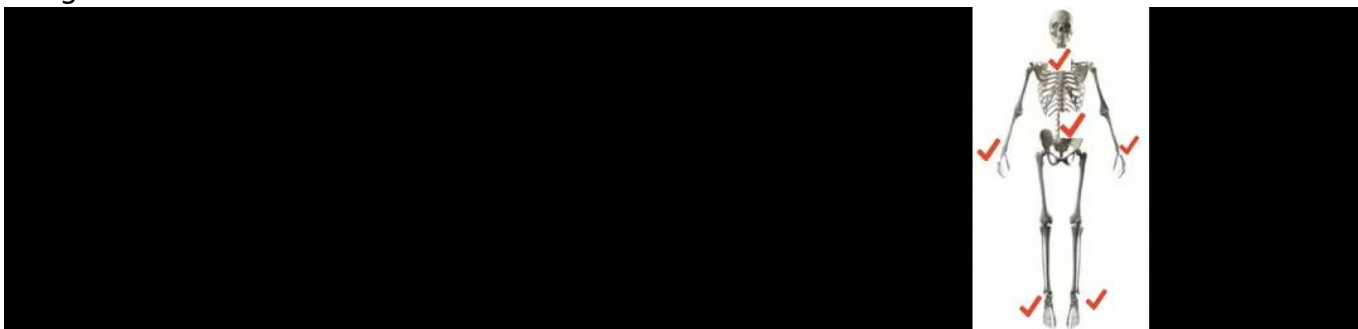
У пациентов с ПСА молчащий сакроилиит. Нужно активно выявлять ВБС!^{3,18}

Image



В соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по ПСА всем пациентам рекомендуется проведение рентгенографического исследования⁵:

Image



Список литературы

1. Галушко Е. А., Гордеев А. В., Лиля А. М. Ранний артрит и заболевания органов пищеварения. Взгляд ревматолога //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2021. – №. 3. – С. 186-193.
2. Смирнов А. В. Атлас рентгенологической диагностики анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева). – 2014
3. Смирнов А. В. Атлас рентгенологической диагностики псориатического артрита. – 2020
4. Ying-Ying Leung, Lai-Shan Tam, Emily Wai-Lin Kun, Edmund Kwok-Ming LiHong Kong Bull Rheum Dis 2008;8:1-11
5. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориатическим артритом. https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_psorart.pdf
6. Смирнов А. В. Атлас рентгенологической диагностики ревматоидного артрита. – 2014.
7. Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В. и др. Сравнительная характеристика раннего псориатического артрита с поражением и без поражения осевого

скелета (субанализ общероссийского регистра пациентов с псориатическим артритом). Научно-практическая ревматология. 2019;57(6):636-641

8. Lapshina S. et al. AB0696 THE PATH OF A PATIENT WITH AXIAL SPONDYLOARTHRITIS TO DIAGNOSIS IN RUSSIA, DATA FROM THE EMAS SURVEY. – 2020.
9. Deodhar A. et al. Secukinumab improves signs and symptoms of non-radiographic axial spondyloarthritis: primary results of a randomized controlled phase III study //Arthritis & Rheumatology. – 2020.
10. Feld J, et al. Nat Rev Rheumatol 2018;14:363–71.
11. Protopopov M, Poddubnyy D, Expert Rev Clin Immunol. 2018;14:525–533.
12. Poddubnyy D, et al. Ann Rheum Dis. 2011;70:1369–1374.
13. Sieper J, van der Heijde D, Arthritis Rheum. 2013;65:543–51.
14. Joy Feld et al. Axial disease in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a critical comparison. Nature reviews. Rheumatology | 13 May 2018.
15. Jadon DR, Sengupta R, Nightingale A, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:701–707.
16. Чичасова НВ. Дифференциальная диагностика при поражении суставов и позвоночника. Современная ревматология. 2020;14(2):14–19. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-14-19.
17. Смирнов А. В. Атлас рентгенологической диагностики ревматоидного артрита. – 2020.
18. Jadon, D. R. et al. Axial disease in psoriatic arthritis study: defining the clinical and radiographic phenotype of psoriatic spondyloarthritis. Ann. Rheum. Dis. 76, 701–707 (2017).

11561506/SEC/web/12.25

Теги

- Ревматология
-

Source URL:

<https://www.pro.novartis.ru/therapeutic-areas/rheumatology/axial-spondyloarthritis/differencialnaya-diagnostika>