

Вторичный сакроилеит как одно из клинических проявлений суставного синдрома при периодической болезни

Э.Е. Назаретян, Л.С. Оганесян, М.К. Абрамян, В.Г. Оганесян

*ЕрГМУ им. М. Гераци, кафедра внутренних болезней N1
375025 Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: периодическая болезнь, суставной синдром, вторичный сакроилеит, антиген гистосовместимости

Суставной синдром – один из кардинальных проявлений периодической болезни (ПБ), является третьим по частоте признаком после перитонита и плеврита, образуя триаду больших диагностических критериев ПБ [2,3,9]. Особый интерес представляет поражение крестцово-подвздошных суставов, которое, по данным литературы составляет 17–32% [5–7]. Считают, что ведущей причиной сакроилеита в Турции является ПБ (40%) [4].

Вопрос о характере сакроилеитов является дискуссионным. Одни авторы склонны думать, что есть ассоциация между анкилозирующим спондилоартритом и вторичным сакроилеитом при ПБ, т.к. оба эти заболевания генетически детерминированы, другие считают, что имеются отличия между сакроилеитом при ПБ и истинным анкилозирующим спондилоартритом [5,8]. Известно, что анкилозирующий спондилоартрит (АС) в 80–90% случаев связан с наличием антигена HLA-B27 [1,10]. Выявление HLA-B27 антигена фактически означает наличие АС или вероятность его появления в 98% случаев. При вторичных сакроилеитах, ассоциированных с болезнью Рейтера, HLA-B27 выявляется в 95%, при болезни Крона – в 46%, неспецифическом язвенном колите – в 67%, псориазе – в 64% случаев [8].

Целью настоящего исследования является изучение частоты, клинических особенностей, рентгенологической картины, а также определение антигена HLA-B27 у больных ПБ с клинической картиной сакроилеита.

Материал и методы

Обследовано 30 больных с ПБ. Абдоминальный вариант наблюдался у 12, смешанный – у 14, торакальный – у 4 больных. Возраст больных – 18 –

40 лет. Соотношение мужчин и женщин 3:1. У 8 больных были выявлены клинические признаки сакроилеита. Все больные были лица мужского пола.

Болевой синдром наблюдался у всех больных. Отмечалась выраженная скованность в поясничном отделе позвоночника с ограничением подвижности: симптом Томайера, Шобера (+), у 6 больных наблюдались отсутствие поясничного лордоза и характерная переваливающаяся походка, у одного больного – отсутствие поясничного лордоза и грудного кифоза, атрофия ягодичных мышц – “поза просителя”. Рентгенологическое исследование у всех 8 больных выявило картину сакроилеита: в 2 случаях двустороннего, в 6 – одностороннего. Рентгенологически выявлено резкое сужение и нечеткость костных краев, составляющих крестцово-подвздошный сустав, в 3 случаях наблюдалась полная облитерация суставной щели (“тень сустава”), в 4 случаях, помимо рентгенологической картины сакроилеита, наблюдалось вовлечение в процесс позвоночника на участке D12–L2. У одного больного отмечено одновременное поражение крестцово-подвздошных и тазобедренных суставов.

Выписка из истории болезни. Больной Акопян Р. 38 лет поступил в клинику 20.10.2000г. Клинический диагноз: ПБ, смешанный вариант. Вторичный двусторонний сакроилеит ФНП°. Дебютом заболевания был суставной синдром, который наблюдался 19 лет назад. Клинический суставной синдром проявился тупыми болями в поясничном отделе позвоночника, ограничением подвижности, односторонним радикулитом. Через три года имел место торакальный приступ с явлением острого адгезивного плеврита и повышением температуры до 38°. В течение 5 лет наблюдались стереотипные торакальные приступы в год 3–4 раза, которые не трактовались как ПБ. Затем появились абдоминальные приступы с явлениями диффузного

перитонита и лихорадки. При объективном осмотре: "поза просителя" с отсутствием грудного кифоза и поясничного лордоза, ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника, положительные симптомы Томайера, Шобера. Рентгенография тазовых костей и поясничного отдела позвоночника: сужение суставной щели в области крестцово-подвздошных суставов, нечеткость костных краев, их склерозирование, кальцификация связок между L1-L2. Лабораторные данные: повышены показатели активности воспалительного процесса. HLA-B27 - антиген отрицательный.

На примере данного больного можно четко проследить развитие вторичного сакроилеита на почве ПБ, который является причиной инвалидизации больного.

Антиген гистосовместимости HLA-B27 был определен у 7 больных ПБ с клинической и рентгенологической картиной сакроилеита. Во всех случаях антиген HLA-B27 был обнаружен в диапазоне контроля или был снижен.

Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что вторичный сакроилеит, являясь одной из клинических форм суставного синдрома, занимает важное место в клинике ПБ. Вторичный сакроилеит при ПБ характеризуется преимущественно односторонним поражением, наличием характерных для спондилоартритов рентгенологических изменений, отсутствием антигена HLA-B27, высокой степенью инвалидизации. Полагаем, что вторичный сакроилеит при ПБ может быть включен в группу серонегативных спондилоартритов.

Поступила 11.12.01

Նոդային համախտանիշի կլինիկական արտահայտումներից մեկը՝ երկրորդային սակրոիլեիտը, պարբերական հիվանդության ժամանակ

Է.Ե. Նազարեթյան, Լ.Ս. Հովհաննիսյան, Մ.Գ. Աբրահամյան, Վ.Տ. Հովհաննիսյան

Երկրորդային սակրոիլեիտը զգալի տեղ է գրադեցնում պարբերական հիվանդության կլինիկայում (26,4%): Այն բնորոշվում է միակողմանի

ախտահարումով, դեստրուկտիվ ռենտգենաբանական փոփոխություններով և HLA-B27 հակագենի բացակայությամբ:

Secondary sacroileitis as one of the clinical manifestations of joint syndrome in Familial Mediterranean Fever

E.Ye. Nazaretyan, L.S. Hovanissyan, M.G. Abrahamyan, V.H. Hovanissyan

Secondary sacroileitis is rather frequently met in the clinical manifestations of Familial Mediterranean Fever (26,4%). It is characterised by one sided destruction,

destructive X-ray alterations and the absence of HLA-B27 antigene. Secondary sacroileitis in FMF can be included in the group of seronegative spondyloarthritis.

Литература

1. Беневоленская Л.И., Михайлов Е.Е. и др. Тер. архив, 1980, 6, с. 7.
2. Оганесян Л.С. Суставной синдром при периодической болезни. Канд.дис. Ереван, 1987.
3. Brodsky A., Vinceneux F. Ann. med. Inferne, 1981, 7, p. 475.
4. Casapcorpus O. et al. The pregnancy of seronegative spondyloarthritis in families of children with FMF. Intern. Conference, 2000, Lectures and abstracts, p. 87.

5. Delcambre B. et al. Lille Med., 1979, 24(6), p. 445.
6. Langevitz P. et al. Semin. Arthritis Phenom., 1997, 27(2) 67.
7. Lejeux D. et al. Press. Med., 1975, 40, p. 2949.
8. Lehman T. et al. HLA. Pediatrics, 1978, 67 (3), p. 423.
9. Schwabe A. et al. N. Engl. J. Med., 1984, 2(5), p. 325.
10. Tanimoto K. Jap. J. Med., 1980, 19, p. 65.