

# Артриты, связанные с инфекцией.

- Гнойный (септический) артрит;
- Гонококковый артрит;
- Туберкулезный артрит.

# Гнойный артрит. Группы риска.

- Молодые, ранее здоровые мужчины и женщины (гонорея, сепсис у лиц, использующих в/в введение наркотиков);
- Лица любого возраста с хроническими заболеваниями или получающих лекарственную терапию ГК, цитотоксическими препаратами, ингибиторами фактора некроза опухолей альфа и др.;
- Больные РА в случае необычно яркого воспаления какого-либо одного сустава;
- Лица с эндопротезами суставов

# Особенности гнойного артрита

## Этиология:

- Гонококковая инфекция;
- Стафилококки (50-70%, преимущественно золотистый стафилококк);
- Стрептококк ( $\beta$ -гемолитический стрептококк, зеленящий стрептококк, и около 20% *Streptococcus pneumoniae*) и др. микроорганизмы.

# Особенности гнойного артрита

- Острое развитие поражения одного сустава (как правило, крупного или среднего).
- Очень выраженный болевой синдром, в т.ч. в покое
- Эритема
- Значительный выпот
- Серьезные нарушения функции
- Лихорадка
- Эпифизарный остеопороз, деструкция хряща и кости
- Цитоз более 50 тыс. в 1 мм<sup>3</sup> синовиальной жидкости с преобладанием нейтрофилов.

# Особенности гонококкового артрита

- Моноартрит средних суставов
- Мигрирующие полиартралгии
- Тендовагинит асимметричный (кисти, стопы)
- Лихорадка
- Дерматит (в виде множественных безболезненных геморрагических макул, папул, везикул или пустул)
- + бактериологическое исследование отделяемого из уретры, шейки матки

# Особенности туберкулезного артрита

- Излюбленная локализация — ТБС
- Хромота, ограничение движений, мышечные контрактуры
- Умеренный выпот, припухлость
- Утолщение кожи, атрофии мускулатуры
- Быстрое развитие признаков деструкции хряща и костей, анкилоз
- Признаки туберкулезной интоксикации

# Лечение гнойного артрита.

- ✓ Дренирование сустава
- ✓ Эмпирическая АБ-терапия:
  - - цефазолин 2 г 3 раза в сутки;
  - - ампициллин 2 г 4 раза в сутки;
  - - цефтриаксон 1-2 г 2 раза в сутки
- ✓ Гонококковый артрит:
  - - цефтриаксон, цефотаксим
  -

# Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ)

- - постинфекционное осложнение тонзиллита (ангины) или фарингита, вызванных бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани, развивающегося у предрасположенных лиц, главным образом, детей и подростков (7-15 лет).



# Классификация ревматической лихорадки (АРР, 2003)

Клинические варианты

**ОРЛ, повторная ревматическая лихорадка**

*Клинические проявления:*

*Основные*

**Кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки**

*дополнительные*

**Лихорадка, артралгии, абдоминальный синдром, серозиты**

*Исход*

**Выздоровление, хроническая ревматическая болезнь сердца:  
-без порока сердца  
-порок сердца**

*Стадия НК: (КСВ)\**

*(NYNA)\*\**

**0; I; IIА; IIБ; III; IV**

# Критерии Киселя-Джонса, применяемые для диагностики ОРЛ (в модификации АРР, 2003)

- **Большие критерии:** кардит, полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки
- **Малые критерии:** артралгия, лихорадка, повышенные острофазовые реактанты СОЭ, С-реактивный белок
- **Данные о предшествовавшей А-стрептококковой инфекции:**
  - позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева или положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена;
  - повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител (АСЛ-0, анти-ДНК-аза В)

# Критерии ОРЛ

- Большие критерии: кардит, полиартрит, хорея, эритема, ревматические узелки
- Малые критерии: артралгии, лихорадка, ускорение СОЭ, СРБ, признаки митральной и аортальной регургитации по ЭхоКГ
- Выделение БГСА.

Диагностическое значение имеет сочетание 2 больших или 1 большого и 2 малых критериев + БГСА.

# Особенности суставного синдрома при ОРЛ

- Олиго-, полиартрит крупных, средних суставов;
- Мигрирующий характер с поочередным воспалением суставов;
- Нарушение функции, эритема, местная гипертермия;
- Доброкачественность
- Быстрое разрешение на фоне приема НПВС.

# Лечение острой ревматической лихорадки

- ***Этиотропная терапия:***
- -бензилпенициллин по 1,5-4 млн. ЕД/сут в/м - 10 дней, далее вводят пролонгированные препараты. При непереносимости пенициллина - макролиды или линкозамиды.
- ***Патогенетическая терапия:***
- -глюкокортикостероиды
- -НПВП.
- ***Симптоматическая терапия:***
- -миокардиодистрофия - аспартат калия и магния; инозин; нандролон;
- -застойная сердечная недостаточность - диуретики; блокаторы кальциевых каналов; бета-блокаторы; сердечные гликозиды.

# *Профилактика ревматизма*

- ***Первичная:***

- -острый БГСА-тонзиллит: однократно бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ЕД или амоксициллин, цефадроксил 10 сут. При непереносимости бета-лактамов - макролиды или азалиды;
- -рецидивирующий БГСА-тонзиллита: амоксициллин, клиндамицин, линкомицин и цефуроксима аксетил в течение 10 сут.

- ***Вторичная:***

- бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ЕД однократно в 3 недели
- -не менее 5 лет для больных, перенесших ОРЛ без кардита;
- -более 5 лет (или пожизненно) – ОРЛ с кардитом.

## *Текущая профилактика ревматизма :*

- -при манипуляциях на полости рта, пищеводе, дыхательных путях за 1 час до процедуры 2 г амоксициллина или за 30 минут 2 г ампициллина. При непереносимости пенициллина - азитромицин 500 мг, кларитромицин 500 мг, клиндамицин 600 мг, цефадроксил 2 г, цефалексин 2 г. При невозможности приема внутрь - в/в за 30 минут до процедуры 600 мг клиндамицина или 1 г цефазолина.
- -при манипуляциях на ЖКТ и урогенитальном тракте за 1 час до процедуры назначают 2 г амоксициллина или ампициллина (в/в, в/м). При непереносимости пенициллина за 1-2 часа до процедуры с условием окончания введения за 30 минут до нее вводят ванкомицин 1 г.

Реактивные артриты – негнойные  
«стерильные» воспалительные  
заболевания суставов,  
индуцированные инфекциями  
внесуставной локализации.



## Реактивные артриты.

- Постэнтероколитические (возбудители — иерсинии, шигеллы, сальмонеллы);
- Негонококковые урогенитальные (возбудители — хламидии).

# Общие признаки РеА.

- Ассиметричный олиго-, полиартрит коленных, голеностопных, плюснефаланговых суставов, но не более 6 одновременно;
- Припухлость, эритема, булавовидная деформация;
- Энтезопатии, бурситы, пяточные шпоры;
- 15% - ограниченный спондилит;
- 40-50% - односторонний сакроилеит
- Лихорадка, утомляемость, анорексия.
- Передний увеит, ирит, баланит, кератодермия.
- Системные проявления: миокардит, аортит.
- Умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, «-» РФ, HLA-B27.
- Эрозии 1, 2 пальцев стопы.

# Диагностические критерии РеА (1995)

- **Большие критерии:**

1. **Ассиметричный олигоартрит**
2. **Анамнез и/или клинические проявления инфекции «входных ворот» 1 день - 6 недель до развития суставного синдрома**

- **Малые критерии:**

1. **Прямое обнаружение возбудителя во «входных воротах»**
2. **Часто выявляется носительство HLA-B27**
3. **Обнаружение возбудителя в синовиальной жидкости или синовиальной оболочке методом ПЦР.**

**Диагноз достоверен при сочетании: 2б+2м;  
возможен при наличии 2б, 1б+1м.**

# Лечение РеА.

- ✓ Хламидийный артрит – макролиды, тетрациклины, фторхинолоны.
- ✓ НПВП
- ✓ ГК (10 мг/сут)
- ✓ БПВП (сульфасалазин, метотрексат, инфликсимаб)

# Особенности иерсиниозного артрита

- Ассиметричный моно-, олигоартрит средних, крупных суставов и конечностей.
- Выраженная припухлость, гипертермия, эритема;
- Доброкачественный характер.
- Узловатая эритема, лихорадка; лейкоцитоз, ускорение СОЭ, РФ «-»
- Иерсинии при копрологическом исследовании, в дальнейшем АТ к иерсиниям.

# Особенности артрита при клещевом боррелиозе.

- Моно-, олигоартрит крупных, средних суставов
- Тендиниты, вагиниты
- Кольцевидная эритема в месте укуса.
- Антитела к *B. burgdorferi* IgM

# Системная красная волчанка

- Особенности артрита: Нестойкий, асимметричный, мигрирующий олиго- и полиартрит любой локализации, выраженный болевой синдром при умеренных экссудативных явлениях, нередко эритема над пораженными суставами, часто отмечается невоспалительный характер изменений синовиальной жидкости.
- - Полиартрит со стойким или часто рецидивирующим поражением суставов кистей (ревматоидоподобный артрит). Характерны: поражение сухожильного аппарата кистей с постепенным развитием деформации пальцев (синдром Жакку), отсутствие рент. признаков деструкции суставов, неэффективность НПВП.

Диагностические критерии СКВ (Американская ревматологическая ассоциация, 1982 г.)

***Диагноз СКВ ставят, если в течение любого периода наблюдения присутствуют 4 из 11 критериев:***

- 1. Эритема типа бабочки
- 2. Дiskoидная сыпь: Возвышающиеся с плотно сидящими чешуйками, закрывающими волосяные фолликулы, впоследствии замещаются атрофическими рубцами
- 3. Фотосенсибилизация



## *Продолжение.*

- 4. Язвы слизистой рта и носоглотки
- 5. Артрит
- 6. Серозит: плеврит или перикардит
- 7. Поражение почек:  
стойкая протеинурия (более 0,5 г/сут) или  
цилиндрурия (эритроцитарные,  
гемоглобиновые, зернистые, эпителиальные и  
смешанные цилиндры)

# Диагностика СКВ.

95% - АНФ

50-90 % - АТ к двуспиральной ДНК

30% - АТ к Sm-антигену

30% - АФА

# Лечение СКВ.

- Глюкокортикоиды
- Аминохинолиновые препараты
- Цитостатические препараты (азатиоприн, циклофосфамид, метотрексат)
- Микофенолата мофетил (Селлсепт, майфортик) - селективный иммуносупрессант.
- Плазмаферез, гемодиализ.

# Системная склеродермия.

- Полиартралгии, утренняя скованность менее 30 мин;
- Нередко является одним из начальных признаков заболевания
- Сгибательная контрактура суставов кисти вследствие уплотнения кожи;
- Дигитальные язвы, акроостеолиз.

# Поражение кожи при ССД

- **Стадии поражения кожи:**
  1. Плотный отек
  2. Индурация
  3. Атрофия
- **Преимущественная локализация:**
- на лице и кистях – маскообразность, склеродактилия, имеются выраженные трофические нарушения (изъязвления, гнойники, деформация ногтей, облысение), гиперпигментация кожи, чередующаяся с участками депигментации, подчеркнутый сосудистый рисунок и телеангиоэктазии преимущественно на лице и груди,

# Синдром Рейно (СР)

- Наиболее частое, нередко первоначальное и генерализованное поражение при ССД
- Симметричный пароксизмальный вазоспазм, проявляющийся постепенным изменением цвета кожи пальцев, стоп (побледнение, цианоз, покраснение) и сопровождающийся ощущением напряжения и болезненности. Нередко чувство онемения и побеления отмечается и в области губ, части лица, кончика языка.
- СР лежит в основе мигренеобразных головных болей
- Наблюдается и висцеральная локализация вазоспастических нарушений (легких, сердце, почках)

# Поражение пищеварительного тракта при ССД

- Поражения пищеварительного тракта наблюдаются у 50-80% больных.
- Поражение полости рта – трудно открыть рот из-за уплотнения и натяжения кожи лица. Атрофия и склероз слизистой, ограничение подвижности языка, расширение периодонтальных пространств и выпадение зубов.
- Поражение пищевода – дисфагия, срыгивания и рвота, диффузное расширение пищевода, сужение в нижней трети, ослабление перистальтики и ригидность стенок, явления рефлюкс-эзофагита; возможно развитие пептических язв, стриктур, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

# Поражение органов дыхания при ССД

- Отмечается у 70% больных
- - фиброзирующий альвеолит
- - легочная гипертензия
- - При выраженном пневмосклерозе развиваются бронхоэктазы, эмфизема, перифокальные пневмонии



# Поражение сердца при ССД

- частота до 90%; это основная причина смерти больных ССД
- В основе кардиальной патологии – процессы фиброзирования и поражение мелких сосудов, нарушение микроциркуляции (при интактности основных коронарных артерий), которые ведут к развитию зон ишемии и некоронарогенного кардиосклероза
- Нередко отмечаются увеличение сердца, нарушения ритма, проводимости, снижение сократительной функции миокарда, иногда – зоны адинамии на ЭхоКГ и инфарктоподобные изменения на ЭКГ

# Поражение сердца при ССД

- Поражение эндокарда клапанов сердца может вести к образованию склеродермического, чаще митрального, порока сердца, который отличается от ревматического менее выраженным обезображиванием клапанов и как следствие этого – «доброкачественностью» течения с редким развитием декомпенсации
- Поражение перикарда - чаще фиброз и склероз, реже экссудативный перикардит, обычно нерезко выражен. Рентгенологически выявляют плевроперикардальные спайки. При ЭхоКГ – утолщение листков перикарда и небольшое количество жидкости в полости перикарда

# Поражение почек при ССД

- Выявляется у 1/3 больных и варьирует от острых фатальных до хронических субклинически протекающих форм
- **Острая нефропатия (истинная склеродермическая почка)** – бурное развитие почечной недостаточности вследствие генерализованного поражения сосудов почек с возникновением кортикальных некрозов

## **Клинические проявления:**

- внезапно появляется и нарастает протеинурия
- изменения в осадке мочи – эритроцитурия, лейкоцитурия
- олигурия, нередко в сочетании с артериальной гипертензией, ретинопатией и энцефалопатией

# Поражение почек при ССД

- **Хроническая нефропатия** – более частая патология при ССД, протекает субклинически (преимущественно функциональные нарушения) или с умеренной лабораторной и клинической симптоматикой гломерулонефрита

Морфологически выявляются:

- сосудистая патология
- поражения клубочков
- умеренные изменения канальцев и стромы

# Поражение нервной системы при ССД

Связано с сосудистыми нарушениями или первичным поражением периферических нервов

- Полиневритический синдром
- Невропатия тройничного или других черепно-мозговых нервов

## Поражение эндокринной системы

- Щитовидная железа – признаки гипер- или гипофункции
- Надпочечники – нарушение функции коры надпочечников
- Поджелудочная железа – сахарный диабет
- Половые железы

## Общие симптомы

Значительная потеря массы тела наблюдается в период генерализации или быстрого прогрессирования процесса. Лихорадочная реакция мало выражена

# CREST- синдром

– Calcinosis (кальциноз)

- **R** – Reynaud phenomenon (феномен Рейно)
- **E** - Esophageal dysmotility (нарушение моторики пищевода)
- **S** – Sclerodactyly (склеродактилия)
- **T** – Telangiectasias (телеангиэктазии)

Неполные синдромы – **REST, CRST**

# Лабораторная диагностика

*Общий анализ крови* – изменения неспецифичны: гипохромная анемия, умеренное повышение СОЭ, лейкоцитоз или лейкопения

*Биохимический анализ крови:* гиперпротеинемия, гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия, повышение уровня трансаминаз

*Общий анализ мочи* – микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия, лейкоцитурия

*Иммунологические исследования:*

- Ревматоидный фактор – выявляют главным образом у больных с синдромом Шегрена
- Антинуклеарный фактор (АНФ) – выявляют в 80% случаев
- АТ к двуспиральной ДНК обнаруживают редко
- Анти-Scl-70 – характеризует острое течение заболевания, чаще выявляют при диффузных формах ССД (20%)
- Антицентромерные антитела – при лимитированной форме

# Лечение ССД.

- Глюкокортикоиды – при остром и подостром течении и активности II и III степени преднизолон назначают по 20-30 мг/с, при полимиозите – 50-60 мг/с.. При уменьшении активности дозу снижают до поддерживающей 7,5-10 мг/с.
- ГК показаны в начальной стадии.
- Антифиброзные средства
- D-пеницилламин (купренил) – стартовая доза 250-300 мг, максимальная 1000 мг. При наступлении эффекта (через 6-12 мес.) дозу снижают до поддерживающей (250-300 мг). Лечение в течение 2-5 лет.
-



# Лечение ССД.

- Ретардные формы нифедипина - 30-80 мг/сут
- иАПФ
- Препараты из группы аналогов ПГЕ1: Вазаппростан, аллпростадил, илопрост
- Антиагреганты:
  - Дипиридамол – 300-400 мг/сут
  - Тиклопидин – 500 мг/сут
- Антикоагулянты прямого и непрямого действия
- НПВП

Подагра – заболевание с нарушением пуринового обмена и накоплением мочевой кислоты в организме, протекающее с повторными приступами острого артрита, кристаллиндуцированными синовитами, отложением уратов в тканях

Гиперурикемия – это повышение уровня мочевой кислоты выше 360 мкмоль/л (6 мг/дл), что связано с 4-кратным повышением риска развития подагры у мужчин и 17-кратным – у женщин.

# Причины гиперурикемии.

- Ожирение;
- Артериальная гипертензия;
- Прием алкоголя, лекарств;
- Генетические дефекты;
- Сопутствующие заболевания.

# Классификация подагры

- - бессимптомная гиперурикемия,
- - острый подагрический артрит,
- - интермиттирующий артрит;
- - межприступный период;
- - хроническая тофусная подагра.
-

# Варианты начала подагры

- Ревматоидоподобный вариант – первичное поражение мелких суставов кистей, лучезапястных суставов или моно-, олигоартрит при затяжном течении приступа
- Псевдофлегмонозная форма – моноартрит любой локализации с выраженными воспалительными явлениями

## **Поражение почек при подагре**

### **Частота поражения почек от 30 до 75%**

- Нарушение преимущественно функции канальцев (особенно концентрационной функции). Массивная урикемия вслед за поражением тубулярного аппарата почек приводит к поражению интерстиция. В дальнейшем поражение клубочков с развитием иммуннокомплексного гломерулонефрита
- Умеренная протеинурия
- Артериальная гипертензия
- На фоне уrolитиаза возможен вторичный пиелонефрит
- Хроническая почечная недостаточность

Подагрическая почка -  
почечная патология, наблюдающаяся  
при подагре: тофусы в паренхиме почек,  
уратные камни, интерстициальный  
нефрит, гломерулонефрит и  
артериолосклероз с развитием  
нефросклероза.



# **КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА ПОДАГРЫ**

**Абсолютный – обнаружение кристаллов урата натрия в синовиальной жидкости или тканях**

**Относительные**

**типичный артрит 1-го плюснефалангового сустава**

**два типичных криза других суставов**

**гиперурикемия, превышающая норму на 2 мг%**

**наличие тофусов**

**положительный тест с колхицином**

# Лабораторно-инструментальная диагностика

- Анализ крови – во время приступа нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ;
- Биохимический анализ крови – повышение содержания мочевой кислоты (не служит показателем, исключаящим или подтверждающим диагноз);
- Рентгенография суставов – изменения суставов и эпифизов в виде круглых «штампованных» (симптом «пробойника») рентгеннегативных очагов – внутрикостные тофусы;
- Синовиальная жидкость – кристаллы натрия моноурата;
- Пункционная биопсия тофусов – кристаллы мочевой

# Диета при подагре

## Запрещаются:

- Жирная высококалорийная пища с большим количеством мясных и рыбных продуктов
- Продукты, богатые пуринами – почки, печень, мозги, язык, цыплята, мясные и рыбные бульоны, копченые и соленые продукты, колбасы, мясные и рыбные консервы, шоколад, крепкий чай, натуральный кофе, какао, горох, соя, фасоль, чечевица
- Редис, спаржа, щавель, шпинат
- Показана малокалорийная, низкоуглеводная диета с включением ПНЖК, исключение алкоголя (особенно пива).

Рекомендуется: обильное щелочное питье (не менее 2 л жидкости в сутки), снизить вес при ожирении.

# Лечение острого приступа подагрического артрита

препараты первой линии.

*Например, Аркоксиа* в остром периоде доза составляет 120 мг 1 раз/сут.

- *Колхицин* показан при наличии противопоказаний к назначению НПВП

Перорально 0,5-1,5 мг через каждые 2 ч, внутривенно 2-3 мг.

Суточная доза не более 6 мг. Побочные действия – гастроэнтерит, протеинурия, цитопения, миопатия.

- *ГК* применяются при наличии противопоказаний к назначению НПВП и колхицина, при хроническом артрите в случае неэффективности НПВП.

При поражении 1-2 суставов – в/с, полиартикулярном поражении – системно.

# Антигиперурикемическая терапия.

- Показания к назначению:
  - повторные атаки, хронический артрит, тофусная подагра.
- Противопоказания:
  - острая атака артрита.
- Не применяется при бессимптомной гиперурикемии.
- Целевой уровень мочевой кислоты – ниже 36 ммоль/л.

# Антигиперурикемическая терапия.

*Аллопуринол (урикодепрессант)* блокирует продукцию мочевой кислоты.

Показания:

Частые атаки острого артрита (4 и более в год);

Хронический подагрический артрит;

Тофусная подагра;

ХПН;

Нефролитиаз;

Цитотоксическая или рентгентерапия по поводу опухолей.

50-100 мг/сут с постепенным увеличением по 50-100 мг каждые 2-4 недели до целевого уровня мочевой кислоты.

# Медикаментозное лечение подагры

*Сульфинпиразон (антуран)* оказывает урикозурическое и ощелачивающее действие. Назначают по 0,05 г 2 раза/сут.

*Бензбромарон* подавляет реабсорбцию мочевой кислоты почками в почечных канальцах, синтез пуринов. Начинают с дозы 50 мг/сут, при необходимости повышают до 100-200 мг/сут.

*Пробенецид (бенемид)* уменьшает преимущественно реабсорбцию уратов. Для предупреждения приступов подагры назначают в дозе 0,5 г/сут в течение первой недели с дальнейшим увеличением дозы до 1-2 г/сут. Противопоказан при язвенной болезни, почечной недостаточности.

*Лозартан, фенофибрат* – умеренное урикозурическое действие.

Для профилактики образования камней – увеличить количество выпиваемой жидкости до 3 л/сут, ощелачивание мочи с помощью бикарбоната натрия.

*Блемарен* - цитрат-гидрокарбонат-калий-натриевая смесь

## Болезнь отложения кристаллов пирофосфата кальция (псевдоподагра)

- Острые, подострые приступы артрита крупных периферических суставов;
- Между атаками симптомов нет;
- Кристаллы пирофосфата кальция;
- Линейная кальцификация хряща;
- Доброкачественность.



# Серонегативные спондилоартропатии.

1. Серонегативность.
2. Поражение позвоночника и подвздошно-крестцовых сочленений.
3. Энтезопатии.
4. Семейная агрегация.
5. Наличие HLA – В27.

# Анкилозирующий спондилит.

- Поражение суставов осевого скелета, крестцово-подвздошных суставов, грудины, лобкового сочленения.
- Вовлечение крупных и средних суставов н/кон.
- Моно-, олигоартрит;
- Частое поражение височно-нижнечелюстного сустава;
- Энтезисы позвоночника, пяток.

# Критерии АС (1993)

Клинические признаки:

- боли в нижней части спины не менее 3 мес., уменьшающиеся после физических упражнений и не стихающие в покое;
  - Ограничение движений в поясничном отделе в сагиттальной и фронтальной плоскостях;
  - Снижение дыхательной экскурсии грудной клетки.
- II. Рентгенологические признаки сакроилеита.

# Стадии сакроилеита

**1-я стадия** – минимальные признаки сакроилеита – небольшие участки эрозирования и склероза без изменения ширины суставной щели;

**2-я стадия** – признаки 1 стадии, но в сочетании с сужением суставной щели;

**3-я стадия** – определенные признаки сакроилеита: умеренный или выраженный сакроилеит, проявляющийся эрозиями, выраженным склерозом, расширением, сужением или частичным анкилозом суставных щелей;

**4-я стадия** – полный анкилоз.

Диагноз считается достоверным при наличии одного рентгенологического в сочетании с любым клиническим критерием чувствительностью 83,4% и специфичностью 97,8%.

# Псориатический артрит.

Поражение дистальных межфаланговых суставов;

Псориатическая онихопатия;

Моноартрит (чаще коленного сустава),  
ассиметричный олигоартрит;

Дактилит (тендосиновит);

Осевое поражение пальцев;

Мутилирующий вариант с остеолизом концевых  
фаланг, разнонаправленные подвывихи.

Остеолиз, эрозии, подвывихи. Сакроилеит, анкилозы.

Кожные и системные проявления.