

САРКОИДНЫЙ АРТРИТ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

М.В. Лебедева, Е.Н. Попова, Т.Н. Шовская

ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" Минздравсоцразвития РФ, Москва

Рассматриваются особенности суставного синдрома при разных формах течения саркоидоза. Обсуждаются вопросы дифференциальной диагностики саркоидного артрита с другими заболеваниями, такими как остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра и др. Подчеркивается, что у большинства пациентов существует вероятность спонтанной ремиссии острого саркоидоза, однако в ряде случаев показано назначение кортикостероидов и препаратов аминохинолинового ряда.

Ключевые слова: саркоидоз, саркоидный артрит, суставной синдром, дифференциальный диагноз

The article is dedicated to the features of the articular syndrome in various forms of sarcoidosis. The differential diagnosis of sarcoid arthritis and other diseases such as osteoarthritis, rheumatoid arthritis, gout, and others, is discussed. It is emphasized that the spontaneous remission of acute sarcoidosis occurs in majority of patients, but in some cases, administration of corticosteroids and aminoquinolines is justified.

Key words: sarcoidosis, sarcoid arthritis, articular syndrome, differential diagnosis

Нередко боль в суставах может быть первым симптомом развития заболевания, и практическому врачу следует проводить дифференциальную диагностику среди большого спектра нозологий, сопровождающихся суставным синдромом. Особого внимания заслуживают системные заболевания, при которых артралгии могут быть манифестным проявлением, а также отражать активность патологии [1–3]. Такого рода суставной синдром характерен для саркоидоза – гранулематозного мультисистемного воспалительного заболевания неизвестной этиологии [2, 3].

В Норвегии при проведении 2-летнего проспективного исследования, включившего больных с признаками вероятного реактивного артрита, в 9 % случаев был диагностирован острый саркоидный артрит [4]. В первый международный регистр по детскому саркоидозу были включены 106 детей и подростков, у 36 из которых наблюдался полиартрит в дебюте заболевания, а у 38 — персисти-

рующий артрит при его хроническом течении [5].

По нашим данным (табл. 1), суставной синдром отмечен у 32,5 % больных саркоидозом, причем при хроническом течении заболевания он наблюдался у 44,7 % пациентов, а при обострении — у 41,4 %. Течение острого саркоидоза очень часто характеризуется поражением суставов, частота которого по результатам наблюдений разных авторов достигает 88 % [4], а в нашем исследовании за последние 13 лет составила 78,1 %.

Острый саркоидоз, вариант Лефгрена, как правило, проявляется сочетанием лихорадки, узловой эритемы (*erythema nodosum*), увеита и артрита. В основном диагностируется полиартрит с симметричным вовлечением коленных, голеностопных, лучезапястных и локтевых суставов.

Нередко диагностируют т. н. неполный вариант Лефгрена. Норвежские ученые проанализировали небольшую группу больных острым саркоидозом и отметили, что во всех случаях реги-

стрировалось двустороннее поражение суставов, сопровождавшееся двусторонней аденопатией корней легких. Среди 59 % больных имела место триада, включившая узловатую эритему, артрит и поражение легких. При последующем наблюдении в течение более 2 лет отмечена полная ремиссия артрита во всех 17 случаях. Продолжительность артрита составляла в среднем 11 недель [6].

Боль в дебюте саркоидоза имеет ноющий характер, выражена умеренно, является доминирующим проявлением суставного синдрома. Отечность сустава, гиперемия кожного покрова над ним отмечены почти у половины пациентов, чувство утренней скованности встречается достаточно редко (табл. 2). Примерно у половины пациентов помимо суставных могут наблюдаться мышечно-скелетные боли. Острый саркоидный артрит не приводит к деструкции суставов [1, 3].

При хроническом течении заболевания у большинства пациентов диагностируют моноартрит, преимуще-

Таблица 1. Частота суставного синдрома у больных саркоидозом (n = 237)

Локализация артрита	Течение саркоидоза (число больных/из них с артритом)				
	острое	подострое	хроническое, стадия обострения	хроническое, вне обострения	хроническое, в стадии ремиссии
Все больные	32/25	51/21	70/29	61/2	23/0
Коленный сустав	11	12	23	1	0
Голеностопный сустав	9	11	19	1	0
Лучезапястный сустав	5	9	11	0	0
Плечевой сустав	2	5	5	0	0
Суставы пальцев кисти	4	8	5	0	0
Суставы пальцев стопы	3	6	7	0	0
Общая частота артрита, %	78,1	41,2	41,4	3,3	0

ственно проявляющийся минимально выраженным болевым синдромом, не характерны ограничения в движении пораженного сустава. Возобновление артрита, усиление болей, вовлечение других, не обязательно симметричных суставов, как правило, связаны с обострением хронического течения саркоидного процесса.

Диагностически значимыми являются такие признаки, как повышение уровней высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ), СОЭ, фибриногена крови; гипергаммаглобулинемия, увеличение сывороточной концентрации кальция и его экскреции с мочой [7]. Наиболее значительные повышения указанных параметров отмечены нами при остром, подостром течении саркоидоза и при обострении его хронической формы. Умеренное повышение уровня ревматоидного фактора в 1,5–2,0 раза имело место лишь у 15 % пациентов с синдромом Лефгрена и у 7% больных с хроническим течением саркоидоза в стадии обострения (табл. 3).

Сопоставление рентгенологических изменений со стороны легких и внутригрудных лимфатических узлов свидетельствует о том, что суставной синдром является проявлением активности течения саркоидоза. При синдроме Лефгрена он сочетается с выраженной внутригрудной лимфаденопатией, когда размеры лимфатических узлов в 2–4 раза превышают нормальные значения. При обострении хронической формы

саркоидоза суставной синдром сочетается с легочной диссеминацией, часто сопровождающейся рентгенологическим феноменом “матового стекла”. Как правило, в такие периоды регистрируется умеренно выраженная дыхательная недостаточность, не превышающая II степень, – преимущественно рестриктивного типа.

Дифференциальный диагноз саркоидного артрита следует проводить с ревматоидным артритом, остеоартрозом (особенно пациентам старше 50 лет), синдромом Рейтера. Дифференциальная диагностика особенно трудна на ранних стадиях болезни, т. к. суставной синдром сопровождает многие заболевания: ревматологические, инфекционные, обменные. Самым распространенным ревматологическим заболеванием, при котором могут возникать ошибки в постановке диагноза, является остеоартроз, при котором может наблюдаться поражение всех суставов. Врач не должен пренебрегать дополнительными методами обследований – рентгенографией, томографией, денситометрией и т. д., т. к. они позволяют избежать диагностических ошибок.

При жалобах на боли в мелких суставах кистей и стоп необходимо прежде всего обратить внимание на характер поражения, а также на его симметричность [2]. Важен анализ анамнеза заболевания, определенное значение могут иметь инсоляция, вакцинация, применение противовирусных, контра-

цептивных гормональных препаратов, особое внимание следует уделять давности процесса. Необходимо обращать внимание на наличие утренней скованности, которая при остеоартрозе длится около 30–35 минут, тогда как при ревматоидном артрите она более длительная – как правило, более часа. Отличается и сам характер болевых ощущений в суставах, что обусловлено различиями в патогенезе обсуждаемых заболеваний. Так, при остеоартрозе, при котором преобладает дегенеративный характер поражения суставов, боли стартовые, усиливающиеся при механической нагрузке и проходящие в покое, также характерны ночные боли. Суставные боли при ревматоидном артрите носят воспалительный характер, они постоянны и не зависят от двигательного режима пациента. Боли при саркоидозе отличаются умеренной интенсивностью, редко наблюдается непродолжительная скованность, деформация суставов не характерна, в т. ч. при его хроническом течении. Кроме того, в диагностический круг следует включать подагру, инфекционные артриты, паранеопластические артриты, а также их осложнения – остеонекрозы при коксартрозах, кисты Бейкера при гонартрозах и др.

R. Bleton и соавт. наблюдали пациента с артралгией коленных и голеностопных суставов с предположительным диагнозом ревматоидного артрита. Была выполнена синовэктомия для облегчения болезненной компрессии

Таблица 2. Характеристика суставного синдрома у больных саркоидозом

Симптом	Острое (%)	Подострое (%)	Хроническое, стадия обострения (%)	Хроническое, вне обострения (%)
Боль	25 (100)	21 (100)	29 (100)	2 (100)
Ограничение подвижности в суставе	12 (48)	5 (24)	2 (7)	0
Гиперемия кожи над пораженным суставом	4 (16)	2 (10)	0	0
Скованность	2 (8)	1 (5)	0	0
Моноартрит	9 (36)	6 (29)	26 (90)	2 (100)
Полиартрит	16 (64)	15 (71)	3 (10)	0 (0)

Таблица 3. Характеристика параметров воспаления у больных саркоидозом

Параметр	Течение саркоидоза				
	острое	подострое	хроническое, стадия обострения	хроническое, вне обострения	хроническое, в стадии ремиссии
СОЭ, мм/ч (норма 5–15)	25 ± 7	16 ± 3	15 ± 2	8 ± 2	6 ± 3
Высокочувствительный СРБ, мг/л (норма 0–1)	13,1 ± 2,4	5,9 ± 0,8	5,2 ± 0,5	1,2 ± 0,2	0,7 ± 0,1
Фибриноген сыворотки, г/л (норма 2–4 г/л)	7,8 ± 2,2	5,1 ± 1,1	4,9 ± 0,9	2,2 ± 0,7	1,7 ± 0,4
Гамма-глобулины сыворотки, % (норма 8,0–13,5)	21,3 ± 1,9	14,7 ± 1,3	14,4 ± 1,1	11,6 ± 0,8	9,0 ± 0,6

срединного нерва, вызванной синовиитом. Саркоидоз с поражением суставов был установлен на основании гистологического исследования, выявившего неказеозные эпителиоидные гранулемы. В пользу этого диагноза говорили отрицательная туберкулиновая проба и повышенный уровень ангиотензин-превращающего фермента в сыворотке крови. После иссечения синовиальной оболочки и лечения колхицином рецидива синовиита не было, но артралгия сохранялась, что потребовало назначения стероидов [4].

Лечение саркоидного артрита определяется стадией заболевания. По-прежнему у большинства пациентов существует вероятность спонтанной ремиссии острого саркоидоза, особенно при варианте Лефгрена. В этом случае медикаментозной терапии не требуется.

Вместе с тем ряд обстоятельств, например длительная фебрильная лихорадка, плохо переносимый пациентом суставной синдром, стойкие кожные проявления, поражение глаз могут стать поводом для назначения кортикостероидов. Несмотря на эффективный контроль симптомов саркоидоза, при применении данной тактики рецидивы заболевания возникают гораздо чаще, нежели после спонтанной ремиссии [1, 8]. Возможно использование нестероидных противовоспалительных препаратов, при их неэффективности в течение 3–5 дней следует пересмотреть проводимую терапию.

При затянувшемся процессе (более 3 месяцев), а тем более констатировании его хронического течения целесообразно назначение кортикостероидов, особенно в случае наличия легоч-

ной диссеминации и/или выраженной лимфаденопатии. Тяжесть течения саркоидоза, наличие его системных проявлений, дыхательной недостаточности определяют тактику ведения больных. Активная терапия предполагает введение кортикостероидов в сверхвысоких дозах – суммарно 1000–2000 мг с последующим пероральным их назначением в дозе 20–15 мг/сут в течение 3–5 месяцев. Возможно последующее применение препаратов аминохинолинового ряда с обязательным контролем параметров активности саркоидного воспаления [8].

В последнее время появились сообщения об опыте применения в терапии саркоидного артрита иммуносупрессивных препаратов, относящихся к классу моноклональных антител к фактору некроза опухоли [9–11].

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова В.А. Клиническая ревматология. М., 1989. 590 с.
2. Корнев Б.М. Саркоидоз как системное заболевание. Дисс. докт. мед. наук. 1999.
3. Седышев С.Х., Васильев В.И. Саркоидоз в практике ревматолога // РМЖ 2011. № 2. С. 156–59.
4. Визель А.А. Саркоидоз: обзор работ последних лет // Пульмонология 2009. № 1. С. 83–89.
5. Lindsley CB, Petty RE. Overview and report on international registry of sarcoid arthritis in children. *Curr Rheumatol Rep* 2000;2(4):343–48.
6. Glennas A, et al. Acute sarcoid arthritis: occurrence, seasonal onset, clinical features and outcome. *Br J Rheumatol* 1995;34:45–50.
7. Barnard J, Newman LS. Sarcoidosis: immunology, rheumatic involvement, and therapeutics. *Curr Opin Rheumatol* 2001;13(1): 84–91.
8. Корнев Б.М., Шаталов Н.Н., Моисеев С.В. Современные критерии активности саркоидоза и подходы к глюкокортикостероидной терапии // *Терапевтический архив* 1988. № 10. С. 125–28.
9. Agrawal S, Bhagat S, Dasgupta B. Sarcoid sacroiliitis: successful treatment with infliximab. *Ann Rheum Dis* 2009;68:283.
10. Doty JD, Mazur JE, Judson MA. Treatment of sarcoidosis with infliximab. *Chest* 2005;127(3):1064–71.
11. Huang A, Harty LC, Ryan CM. Clinical images: infliximab therapy of polyarticular small joint sarcoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2011;63(7):2030.

Информация об авторах:

Лебедева Марина Валерьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии и профблезней ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова».

E-mail: marinaamica@mail.ru;

Попова Елена Николаевна – доктор медицинских наук, доцент кафедры терапии и профблезней ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»;

Шовская Татьяна Николаевна – заведующая отделением пульмонологии и профпатологии клиники терапии и профблезней Университетской клинической больницы № 3 ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», врач высшей категории