

Publishing House of Medical Literature, 1947. – 88 p. (in Russian)  
14. Kharlamov E.V., Kiseleva O.F. Russian School of selflessness

// Gumanizacija obrazovanja. – 2013. – №5. – С.10-14. (in Russian)  
15. Shahovsky John, Archbishop of San Francisco. Conversations with the Russian people. – Moscow, 2004. – P.56. (in Russian)

#### Информация об авторах:

Зобнин Юрий Васильевич – доцент кафедры внутренних болезней с курсом профессиональной патологии и военно-полевой терапии, к.м.н., доцент. 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ. Тел. 8 (3952) 32-83-82, e-mail: zobnine@mail.ru; Калягин Алексей Николаевич – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, д.м.н., 664046, Иркутск, а/я 62, тел. (3952) 243661, e-mail: akalagin@mail.ru; Горяев Юрий Аркадьевич – профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, д.м.н.; Казанцева Наталья Юрьевна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, к.м.н.

#### Information About the Authors:

Zobnin Yuri V. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Internal Medicine with a course of Professional Pathology and Military-field Therapy, 664003, Irkutsk, Irkutsk, Krasnogo Vosstaniya st., 1, ISMU. Tel. 8 (3952) 32-83-82, e-mail: zobnine@mail.ru; Kalyagin Alexey N. – MD, PhD, DSc (Medicine), Department of Internal Medicine Propaedeutics, tel. (3952) 243661, e-mail: akalagin@mail.ru; Goryaev Yuri A. – MD, PhD, DSc (Medicine), Department of Internal Medicine Propaedeutics, tel. (3952) 243661, e-mail: rheumkonf@mail.ru; Kazantseva Natalia Yu. – MD, Ph.D., Associate Professor, Department of Internal Medicine Propaedeutics.

## ЛЕКЦИИ

---

© ЗЛОБИНА Т.И., КАЛЯГИН А.Н. – 2016  
УДК: 616.721-002.77-06

### РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СПОНДИЛОАРТРИТОВ

Тамара Исаевна Злобина<sup>1</sup>, Алексей Николаевич Калягин<sup>1,2</sup>

(<sup>1</sup>Иркутская городская клиническая больница №1, гл. врач – Л.А. Павлюк; <sup>2</sup>Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов)

**Резюме.** Диагностика спондилоартрита на ранних стадиях нередко представляет трудности и часто бывает запоздалой. Частыми причинами запоздалой диагностики является позднее обращение пациентов к врачу, плохое знание врачами клиники заболевания, разнообразие клинической картины в дебюте болезни, трудности в рентгенологической интерпретации сакроилеита на ранних стадиях заболевания. В последние несколько десятилетий существенно изменились представления о спондилоартритах и появились новые критерии диагностики спондилоартритов (ASAS, 2012), которые приведены в данной статье. Описано два собственных клинических наблюдения поздней диагностики спондилоартритов.

**Ключевые слова:** аксиальный спондилоартрит, периферический спондилоартрит, анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, ASAS-критерии, увеит.

### EARLY DIAGNOSIS OF SPONDYLOARTHRITIS

T.I. Zlobina<sup>1</sup>, A.N. Kalyagin<sup>1,2</sup>

(<sup>1</sup>Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1; <sup>2</sup>Irkutsky State Medical University, Russia)

**Summary.** The diagnosis of spondyloarthritis (SpA) in the early stages is often difficult and delayed. Some of causes of delayed diagnosis are late appeal of patients to the doctor, bad knowledge of the disease by doctors of clinic, a variety of clinical picture at the onset of disease, difficulties in radiographic interpreting of sacroiliitis in the early stages of the disease. During last few decades the idea of understanding spondylitis has essentially changed, and new diagnostic criteria for spondyloarthritis, (ASAS, 2012) have been appeared, which are listed in this article. Our own two clinical observations of late diagnosis of spondyloarthritis are described.

**Key words:** axial spondylitis, peripheral spondyloarthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, ASAS criteria, uveitis.

Спондилоартриты – это группа системных воспалительных заболеваний позвоночника, для которых характерно частое вовлечение в воспалительный процесс крестцово-подвздошных сочленений (КПС), позвоночника, наличие периферического моно- или олигоартрита, частое развитие энтезита, серонегативность по ревматоидному фактору (серонегативны по ревматоидному фактору), семейные случаи заболевания, ассоциация с HLA B27-антигеном. Типичны внесуставные проявления: увеит, поражение кожи и слизистых оболочек, воспалительные заболевания кишечника и др. [1].

Диагностика спондилоартритов на ранних стадиях

нередко представляет трудности и часто бывает запоздалой. В начале заболевания длительное время могут быть лишь преходящие моно-олигоартриты нижних конечностей, у женщин – нестойкие артриты суставов кистей. Симптомы поражения позвоночника могут отсутствовать или присоединиться позже и носить непостоянный характер. В таких случаях часто диагностируется недифференцированный артрит. Боль в позвоночнике, «боль в спине» является самой частой причиной обращения пациентов к врачу и, как известно, в 70% она обусловлена патологией мягких тканей позвоночника. Однако, врачи не дифференцируют характер боли

в спине, не оценивают её воспалительный характер, типичный для спондилоартритов, и потому не имеют настороженности в отношении этой группы заболеваний. Больные годами наблюдаются у терапевтов и неврологов с диагнозами остеохондроза позвоночника. Научные исследования, проведенные НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой в 2011 г. в 24 городах РФ, включая Иркутск, показали, что 62% больных с анкилозирующим спондилитом (АС) наблюдались у терапевтов и неврологов с диагнозом «остеохондроз» позвоночника. Обычно диагноз АС устанавливается с опозданием на 7-10 лет, хотя заболевание и клиническая картина его известны более века. На несвоевременную диагностику влияет позднее обращение пациента к врачу. При «раннем» АС пациент может недооценивать первые симптомы воспалительной боли в спине (ВБС), так как вначале боль может быть непостоянной, возможно привыкание к боли, сказывается также доступность анальгетической терапии.

Существенной причиной запоздалой диагностики является разнообразие клинической картины в дебюте болезни. АС может начинаться с непозвоночных проявлений: с энтезита, рецидивирующего увеита, моноолигоартрита, рецидивирующего синовита коленного сустава. При этом ВБС может появиться значительно позже, через 6 месяцев – 3-11 лет после возникновения увеита, или через 1-18 лет от первого эпизода артрита. На позднюю диагностику влияет медленное развитие рентгенологических признаков сакроилеита – второго кардинального диагностического признака АС после ВБС. В первые 3-4 года заболевания рентгенологические признаки поражения КПС отсутствуют, что затрудняет диагностику в первые годы болезни. К тому же рентгенологическая интерпретация сакроилеита, особенно в 1 и 2 стадии, представляет трудности даже для рентгенологов, о чем свидетельствует неоднозначность трактовки рентгеновских изменений КПС и ошибочные заключения. Некоторые отмечают более позднюю диагностику АС у женщин, чем у мужчин, что объясняется меньшими функциональными нарушениями аксиального скелета у женщин [9]. Отсутствие патогномичных для АС лабораторных признаков тоже склоняет не пользу ранней диагностики.

До недавнего времени спондилоартриты воспринимались врачами как редкие заболевания с хорошим прогнозом и недооценивались врачами, несмотря на то, что они занимает второе место по распространенности среди воспалительных ревматических заболеваний. В последние несколько десятилетий существенно изменились представления о спондилоартритах. Не так давно, АС, псориазический артрит, синдром Рейтера (в современной терминологии – реактивный артрит) рассматривались как «нетипичные» или «специальные» формы ревматоидного артрита и могли идти под диагнозом серонегативного ревматоидного артрита [3]. После детального изучения серонегативных ревматоидных артритов была выделена группа заболеваний – «серонегативные спондилоартриты» (в последнее время рекомендуется использовать термин «спондилоартриты») [1].

С целью ранней диагностики АС в 2009 г. международной группой по изучению спондилоартритов были предложены новые классификационные критерии. В новой классификации выделено 2 варианта спондилоартрита: *аксиальный* – с преимущественным поражением позвоночника, к которому собственно и принадлежит АС и нерентгенологический спондилоартрит; *периферический* – с преимущественным поражением периферических суставов. Периферический спондилоартрит включает псориазический артрит, реактивный артрит, артрит при воспалительных заболеваниях кишечника и недифференцированный спондилоартрит [3]. Недифференцированный спондилоартрит может быть ранней стадией пока неопределенного спондилоартрита, который в дальнейшем станет «дифференцирован-

ном, представлять abortивную форму какого-либо заболевания из группы спондилоартритов, быть перекрестным (*overlap*) синдром, объединяющий признаки двух и более заболеваний». Недифференцированный спондилоартрит следует считать временным рабочим диагнозом, требующим наблюдения за пациентом и уточнения диагноза [3].

**Аксиальный Спа или АС**, главные критерии его диагностики (ASAS, 2009):

1. Воспалительная боль в спине (ВБС) и
2. Сакроилеит, подтвержденный инструментальными методами: МРТ или рентгенографией КПС.

ВБС верифицируется при наличии 4 из следующих 5 признаков (критерии экспертов ASAS, 2009): 1) Началом в возрасте до 40 лет; 2) Длительностью более 3-х месяцев; 3) Постепенным началом; 3) Отсутствием улучшения в покое; 4) Ночным характером боли с улучшением после вставания; 5) Улучшением и исчезновением боли после физических упражнений.

*Сакроилеит* диагностируется инструментальными методами МРТ и рентгенографией КПС. Достоверным рентгенологическим сакроилеитом в соответствии с Нью-Йоркскими критериями считается двусторонний сакроилеит  $\geq 2$  стадии или односторонний сакроилеит  $\geq 3$  стадии. Сакроилеит 1 стадии или односторонний 2 стадии не является достоверным сакроилеитом [8]. На ранних стадиях АС рентгенологические признаки сакроилеита отсутствуют, это так называемый нерентгенологический АС, который, как предполагается, может оставаться таковым или проходить те же стадии, что АС. Диагностика сакроилеита на ранней стадии возможна только на основании МРТ КПС. Признаки активного сакроилеита на МРТ проявляются остеомой в области КПС. На МРТ в режиме STIR виден интенсивный сигнал в виде субхондрального отека костного мозга в области КПС. При этом изменения в области КПС должны быть не менее, чем на 2-х участках, или по одному участку, но на 2-х и более МРТ срезах. Различают 3 стадии АС: 1-ая стадия – дорентгенологическая: на рентгенограмме нет структурных изменений ни в КПС, ни в позвоночнике (синдесмофиты). В данном случае активный сакроилеит можно выявить с помощью МРТ. 2-ая стадия – развернутая: на рентгенограмме – достоверный сакроилеит, но отсутствуют четкие структурные изменения в позвоночнике в виде синдесмофитов. 3-я стадия – поздняя: на рентгенограмме – достоверный сакроилеит + синдесмофиты [10].

**Периферический Спа.** (критерии ASAS, 2011 г.) На первый план выходят периферические симптомы: артрит, энтезит, дактилит.

Для постановки диагноза периферического спондилоартрита у пациентов без ВБС, имеющих на протяжении многих лет, только периферические симптомы: артрит, или энтезит, или дактилит, необходимо иметь еще хотя бы:

$\geq$  один из следующих признаков: Увеит. Псориаз. Болезнь Крона/язвенный колит. Предшествующая мочеполовая инфекция. Носительство антигена HLA B27. Сакроилеит по данным МРТ или рентгенографии таза.

Или:  $\geq$  два других признаков: Артрит. Энтезит. Дактилит. ВБС (когда-либо); Семейный анамнез спондилоартрита.

*Артрит* в 20-50% – ранний признак спондилоартрита. Наиболее часто артрит является асимметричным и носит олиго- или моноартикулярный характер. При АС периферический артрит возникает у 60% пациентов на протяжении всего заболевания и только у половины из них он бывает стойким. Чаще поражаются коленные, тазобедренные и голеностопные суставы, поражение других суставов – локтевых, лучезапястных и др. редки [3].

*Энтезит* – это вовлечение энтезов, мест прикрепления к кости сухожилий, связок, суставных капсул: ахиллит, ахиллобурсит, талалии и др. – одно из основных клинических проявлений АС и всей группы спон-

дилоартритов. Частое развитие энтезитов при спондилоартритах послужило основанием для создания концепции воспалительного поражения энтезов – как главного патогенетического механизма поражения опорно-двигательного аппарата при спондилоартрите [3]. В дебюте спондилоартрита длительное время могут проявляться только энтезитами.

**Дактилит** – теносиновит сгибателей и/или разгибателей пальцев и артрита межфаланговых суставов пальцев в виде диффузного плотного отека всего пальца, болезненности и гиперемии кожи («сосискообразная» деформация пальца) [6].

**Увеит** как внесклеточное проявление спондилоартрита составляет примерно 20-60% случаев в этой группе заболеваний, в среднем 32,7% и варьирует в зависимости от типа спондилоартрита. При АС он встречается в 33,2% случаев, при псориатическом артрите в 25,1% [3]. Увеитом страдают чаще HLA B27 позитивные пациенты. У женщин увеит при АС наблюдается чаще (40%), чем у мужчин (15,8%) [8]. Воспаление глаз может протекать независимо от поражения скелета и не всегда коррелирует с тяжестью суставного процесса в позвоночнике. Он может за много лет предшествовать первым проявлениям АС или дебютировать на фоне малосимптомно протекающего процесса в позвоночнике [3]. При HLA B27-ассоциированных заболеваниях чаще наблюдается передний увеит со склонностью к частому рецидивированию [2].

Критерии (ASAS, 2011) для периферического спондилоартрита показали высокую чувствительность для всех разновидностей спондилоартритов, однако, разные спондилоартриты имеют существенные различия. Так, при псориатическом артрите реже выявляется антиген HLA B27. Симптомы поражения позвоночника менее выражены, могут отсутствовать или присоединяться позже и носить непостоянный характер. Рентгенологические признаки сакроилеита встречаются значительно реже. Плохой ответ на НПВП. Чаще встречается дактилит и псориаз [7]. Неслучайно для псориатического артрита экспертами разработаны свои диагностические критерии (CASPAR, 2006 г.), которые являются более детализированными и в большей степени отражают основные проявления заболевания [7]. Заподозрить псориатический артрит можно при наличии артрита, или спондилита, или энтезита. Достоверный диагноз возможен при наличии 3 и более баллов из следующих категорий (критерии CASPAR, 2006):

1. Псориаз: в момент осмотра – 2 балла; в анамнезе – 1 балл; в семейном анамнезе – 1 балл.
2. Псориатическая дистрофия ногтей – 1 балл (точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз).
3. Отрицательный ревматоидный фактор – 1 балл.
4. Дактилит – 1 балл (в момент осмотра или в анамнезе).
5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации – 1 балл [6].

В принципе псориатический артрит можно диагностировать как по критериям периферического спондилоартрита (ASAS, 2011), так и критериям CASPAR (2006).

Успех в ранней диагностике спондилоартрита достигается всякий раз, когда при обращении пациента с болью в спине правильно оценивается воспалительный характер боли, уточняется другая симптоматика заболевания: наличие в момент осмотра или в анамнезе артрита, энтезита, внесуставных проявлений. Дополнительное обследование (СОЭ, С-реактивный белок, антиген HLA В 27, МРТ и рентгенография КПС) позволяет верифицировать диагноз [4,5].

У молодых АС приходится дифференцировать с ювенильным остеохондрозом позвоночника – болезнью Шейермана-Мау. Отличительными признаками этого заболевания являются: относительно молодой возраст заболевания; фрагментация апофизов тел позвонков клиновидная деформация тел позвонков; грудной кифоз; грыжи Шморля; сужение межпозвоночных

промежутков; отсутствие лабораторных признаков воспалительной активности; отсутствие неврологических симптомов [11].

У пожилых дифференциальная диагностика АС проводится с болезнью Форестье – «Диффузным идиопатическим гиперостозом» («Анкилозирующий гиперостоз позвоночника»). Характерными признаками для болезни Форестье, являются: более поздний возраст заболевания > 40-50 лет; грубая оссификация передней связки позвоночника, её утолщение; нормальная высота дисков, выпячивание их кпереди в виде «зонтика»; отсутствие анкилоза фасеточных суставов, отсутствие сакроилеита и лабораторной воспалительной активности; развитие стеноза позвоночного канала.

Особого внимания заслуживают пациенты в возрасте до 18 лет, у которых АС в дебюте болезни протекает со стойкой высокой воспалительной активностью, поражением тазобедренных суставов, наличием стойких периферических артритов и выраженных энтезитов. Такие пациенты требуют своевременного направления к ревматологу.

Интерес представляют 2 случая поздней диагностики спондилоартритов в амбулаторной практике. Больные в течение многих лет наблюдались в поликлинике разными врачами и с разными диагнозами, пока не были направлены к ревматологу.

**П.А.Н. 76 лет, женщина.** При направлении к ревматологу: артриты проксимальных межфаланговых суставов III и V пальцев правой кисти, болезненная пальпация плюснефаланговых суставов, натоптыши.

Из анамнеза: болеет с 45 лет: периодически нестойкие артриты мелких суставов кистей, стоп, люмбагия. Из амбулаторной карты: наблюдается в поликлинике с 50 лет с разными диагнозами: остеоартроз мелких суставов кистей, ревматоидный артрит, недифференцированный артрит, люмбагия, трохантерит, «остеохондроз» грудного отдела позвоночника. Периодически СОЭ 28-32 мм/час. Ревматоидный фактор – отрицательный. Для уточнения диагноза проведено рентгенологическое исследование кистей и таза.

В данном случае переходящие артриты мелких суставов кистей, стоп, отсутствие изменений на рентгенограмме кистей за 30 лет болезни, характерных для ревматоидного артрита (рис. 1), энтезиты (троханте-



Рис. 1. Рентгенография кистей через 30 лет от начала болезни не соответствует изменениям, характерным для ревматоидного артрита.

рит), рентгенологически двусторонний сакроилеит 2-3 стадии (рис. 2), заинтересованность позвоночника: люмбагия, «остеохондроз» позвоночника, лабораторная воспалительная активность, ревматоидный фактор отрицательный, т.е. сакроилеит (2-3 стадии), воспалительные боли в спине, артрит, энтезит, – что позволило по критериям ASAS (2009) поставить диагноз: «Анкилозирующий спондилоартрит (женский вариант), 2-х сторонний сакроилеит 2-3 стадии, нестойкие

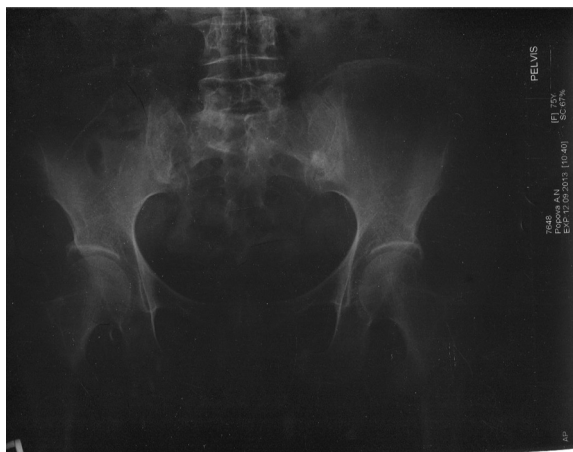


Рис. 2. Рентгенография таза: 2-х сторонний сакроилеит 2-3 ст.

артриты мелких суставов кистей, стоп, в анамнезе: энтезиты (трохантерит), спондилит грудного и поясничного отделов позвоночника (воспалительные боли в спине по типу торакалгии, люмбагии), периодически увеличение СОЭ, активность 1 степени, стадия 2, ФК 1», через 30 лет от начала заболевания. Причиной запоздалой диагностики – позднее направление к ревматологу.

**П.О.Я., 54 года, мужчина.** Направлен к ревматологу по поводу синовита коленного сустава. Из амбулаторной карты: наблюдается в поликлинике с 45 лет с диагнозом: «Первичный гонартроз 2 стадии с реактивным синовитом». Периодически удалялась жидкость из коленного сустава и вводился бетаметазон. Из анамнеза дополнительно выявлено: в 35 лет на протяжении 6 лет «мучил радикулит». Ежегодно лежал в больницах, в т.ч. в неврологическом отделении, неоднократно лечился на курортах. Потом «радикулит» стих, а через 10 лет, с 45 лет стали беспокоить боли в коленных суставах, был моноартрит лучезапястных суставов, тендовагинит в области запястья и тендиниты сгибателей пальцев рук. Лабораторная активность: СОЭ 16 мм/час. Ревматоидный фактор отрицательный.

Объективно: артриты обоих коленных суставов с синовитом на 2 балла и параартикулярным отёком, с небольшими сгибательными контрактурами; положительные симптомы на сакроилеит с двух сторон. Для уточнения диагноза проведено дополнительное обследование: рентгенография кистей, коленных суставов, таза и поясничного отдела позвоночника (рис. 3-6).

Анализируя анамнез, объективные и рентгенологические данные, следует, что в течение 10 лет прогрессировал олигоартрит коленных суставов с рецидивирующим синовитом. Объективно выявлен 2-сторонний са-



а



Р-гр кистей

Рис. 3. Рентгенография кистей рук без патологии.

кроилеит. В анамнезе имели место: моноартрит леза-запястных суставов, энтезиты (тендовагинит запястья, тендиниты сгибателей пальцев); в молодом возрасте в течение 6 лет наблюдалась длительная люмбагия. Лабораторные данные: серонегативность по ревматоидному фактору, умеренная воспалительная лабораторная активность. При дополнительном обследовании: на



Сакроилеит 2 ст

Рис. 5. Рентгенография таза: 2-х сторонний сакроилеит 2 ст. (неравномерность суставной щели крестцово-подвздошных суставов: сужение, расширение, эрозивность, подхрящевой остеосклероз).

рентгенограмме таза 2-сторонний сакроилеит 2 стадии (рис. 5), на рентгенограмме позвоночника – одиночные паравертебральные оссификаты (рис. 6). Таким образом, в данном случае имеет место артрит, са-



б

Рис. 4. Рентгенография коленных суставов в прямой (а) и боковой (б) проекциях: сужение суставной щели в медиальной части сустава.



Рис. 6. Рентгенография поясничного отдела позвоночника: изолированные паравертебральные оссификаты.

кроилеит, энтезит, по критериям периферического спондилоартрита (ASAS, 2011), – это периферический вариант спондилоартрита. Диагноз: «Периферический спондилоартрит, недифференцированный, 2-сторонний сакроилеит 2 стадии, спондилит поясничного отдела позвоночника с паравертебральными оссификатами, олигоартрит коленного сустава с рецидивирующими синовитами, в анамнезе моноартрит лучезапястного сустава, энтезиты: тендинит сгибателей пальцев, тендовагинит в области запястья, активность 2 степени, стадия 2, ФК 2». Диагноз поставлен через 20 лет от начала заболевания (позднее направление в ревматологию).

Приведенные клинические наблюдения еще раз подтверждают, что диагностика спондилоартритов для врачей общей практики, неврологов является не простой задачей и указывает на недостаточное знание и внимание врачей к этой патологии. Позднее направление этих пациентов к ревматологу привело к запоздалой диагностике спондилоартритов.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и иных взаимодействиях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

**Работа поступила в редакцию:** 26.11.2016 г.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдукова И.З., Акулова А.Н., Апаркина А.В., Ребров А.П. Диагностика спондилоартрита: нужны ли нам новые критерии? // Современная ревматология. – 2015. – №1. – С.24-29. – DOI: 10.14412/1996-7012-2015-1-24-30

ревматология. – 2015. – №3. – С.10-15. – DOI: 10.14412/1996-7012-2015-3-10-15

8. Ребров А.П., Апаркина А.В., Акулова А.Н., Гайдукова И.З. Особенности диагностики анкилозирующего спондилита при наличии увеита у лиц разного пола // Современная ревматология. – 2014. – №4. – С.14-16. – DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-14-16>

9. Ребров А.П., Апаркина А.В., Гайдукова И.З. Особенности аксиальных спондилоартритов, включая анкилозирующий спондилит и псориатический артрит, у лиц разного пола // Современная ревматология. – 2015. – №1. – С.35-37. – DOI: 10.14412/1996-7012-2015-1-35-38

10. Смирнов А.В. Рентгенологическая диагностика анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева). – М.: ИМА-ПРЕСС, 2015. – 112 с.

11. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Абельдяев Д.В. Серонегативные спондилоартропатии – совершенствование подходов к ранней диагностике и лечению // Русский медицинский журнал. – 2013. – №6. – С.332.

## REFERENCES

1. Gaidukova I.Z., Akulova A.I., Aparkina A.V., Rebrov A.P. Diagnosis of spondyloarthritis: should we need new criteria? // Sovremennaja revmatologija. – 2015. – №1. – P.24-29. (in Russian) – DOI: 10.14412/1996-7012-2015-1-24-30

2. Demina A.B., Dubinina T.V., Erdes Sh.F. HLA-B27-associated uveitis: from pathogenesis to therapy // Sovremennaja revmatologija. – 2015. – №4. – P.98-103. (in Russian) – DOI: 10.14412/1996-7012-2015-4-98-105

3. Dubinina T.V., Erdes Sh. Inflammatory low back pain in early diagnosis of spondyloarthritides // Nauchno-prakticheskaja revmatologija. – 2009. – №4. – P.55-73. (in Russian)

4. Kazantseva N.Ju. The problems of early diagnostics of

arthritis // Sovremennye problemy revmatologii. – 2007. – Is. 3. – P.28-29. (in Russian)

5. Karlova O.G., Goryaev Y.A. Prediction of the course of ankylosing spondylitis // Sovremennye problemy revmatologii. – 2002. – Is. 1. – P.40-43. (in Russian)

6. Korotaeva T.V., Batkaev E.A., Chamurlieva M.N., Loginov E.Y. Psoriatic arthritis: Textbook. – Moscow, 2016. – 43 p. (in Russian)

7. Loginova E.Y., Korotaeva T.V., Klimova N.V., Bochkova A.G. Estimation of the sensitivity and specificity of ASAS criteria for peripheral spondyloarthritis in patients with early psoriatic arthritis // Sovremennaja revmatologija. – 2015. – №3. – P.10-15.

(in Russian) – DOI: 10.14412/1996-7012-2015-3-10-15

8. Rebrov A.P., Aparkina A.V., Akulova A.I., Gaidukova I.Z. Specific features of diagnosis of ankylosing spondylitis in the presence of uveitis in persons of different sex // *Sovremennaja revmatologija*. – 2014. – №4. – P.14-16. (in Russian) – DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-14-16>

9. Rebrov A.P., Aparkina A.V., Gaidukova I.Z. Specific features of axial spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, in persons of different genders // *Sovremennaja*

*revmatologija*. – 2015. – №1. – P.35-37. (in Russian) – DOI: 10.14412/1996-7012-2015-1-35-38

10. Smirnov A.V. X-ray diagnosis of ankylosing spondylitis (ankylosing spondylitis). – Moscow: IMA-Press, 2015. – 112 p. (in Russian)

11. Shostak N.A., Pravdyuk N.G., Abeldyaev D.V. Seronegative spondyloarthropathies – improving the approaches to the early diagnosis and treatment // *Russkij medicinskij zhurnal*. – 2013. – №6. – P.332. (in Russian)

#### Информация об авторах:

Злобина Тамара Исаевна – врач-ревматолог, заслуженный врач Российской Федерации, почётный член Ассоциации ревматологов России; Калыгин Алексей Николаевич – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, д.м.н., профессор, 664003, Иркутск, а/я 62, e-mail: akalagin@mail.ru.

#### Information About the Authors:

Zlobina Tamara I. – rheumatologist, Honored Doctor of the Russian Federation, honorary member of the Russian Association of Rheumatology; Kalyagin Alexey N. – MD, PhD, DSc (Medicine), Professor, Head of the Department of Internal Medicine Propaedeutics, 664003, Russia, Irkutsk, post box 62, e-mail: akalagin@mail.ru.

## ОСНОВЫ ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ

© НЕДЕЛЬКО Н.Ф., НЕДЕЛЬКО Л.Н. – 2016  
УДК: 930.2(07)

### БЫЛ ЛИ ОТРАВЛЕН «БОГ МУЗЫКИ» – В.А. МОЦАРТ?

*Николай Федорович Неделько<sup>1</sup>, Лариса Николаевна Неделько<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра судебной медицины с основами правоведения, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Солодун;  
<sup>2</sup>Детская музыкальная школа №2, Иркутск, директор – Н.И. Шиханов)

**Резюме.** Имя гениального композитора В.А. Моцарта, творца бессмертных симфоний и опер, дорого миллионам людей. Преждевременная смерть гениального композитора поразила современников и вызвала различные слухи, легенды и версии об его заболеваниях и причинах смерти. В статье в историческом аспекте с учетом достижений теории и практики венской медицинской школы XVIII-XIX вв., современной медицины, судебной медицины и других наук приводится ретроспективный анализ болезней и причин смерти Моцарта. Акцентируется внимание на самой основной версии – отравление композитора соединениями ртути.

**Ключевые слова:** В.А. Моцарт, композитор, смерть, слухи, легенды, версии, медицина, судебная медицина, заболевание, причина смерти, отравление ртутью.

### WAS POISONED, «GOD IS MUSIC» – W. A. MOZART?

*N.F. Nedelko<sup>1</sup>, L.N. Nedelko<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Irkutsk State Medical University, Russia; <sup>2</sup>Children's Music School №2, Irkutsk, Russia)

**Summary.** The name of W. A. Mozart, Creator of the immortal symphonies and operas, is dear to millions of people. The untimely death of the genius composer impressed his contemporaries and caused various rumors, legends and versions about the diseases and causes of death. The article, in the historical aspect, based on the achievements of the theory and practice of the Vienna medical school of the XVIII-XIX centuries, modern medicine, forensic medicine and other sciences provides a retrospective analysis of diseases and causes of death of Mozart. The attention is paid to the basic version – poisoning of the composer by mercury compounds.

**Key words:** Mozart, death, rumors, legends, version, medicine, forensic medicine, disease, the cause of death was mercury poisoning.

*«Я не могу писать поэтические произведения:  
я не поэт. Я не могу располагать речевые фразы  
столь искусно, чтобы они создавали тени и свет:  
я не художник. Я не мог-бы даже выразить свои  
настроения и мысли при помощи жестов и  
пантомимы: я не танцор; но я могу сделать  
это при помощи звуков: я – музыкант».  
В.А.Моцарт. 8 ноября 1777.*

*«Чтобы иметь успех, нужно писать вещи,  
либо настолько понятные, чтобы их сразу же  
мог подхватить любой извозчик, либо столь  
непонятные, чтобы они нравились именно  
потому, что ни один разумный человек  
не сумеет в них разобраться»  
В.А.Моцарт. 28 декабря 1782.*

Более 225 лет назад, 5 декабря 1791 г., умер В.А.Моцарт. «Амадей» – это имя никогда не было именем Моцарта. Он предпочитал другое – Вольфганг, что в переводе озна-

чает «волку подобный». Полное имя умершего – Йоганн Хризостом Вольфганг Теофил. Фамилия – Моцарт.

В статье предпринята попытка с помощью достижений