



Медицинский институт

Кафедра пропедевтической и факультетской терапии с
курсом эндокринологии и ЛФК

РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ

К.м.н., доцент Карелин А.П.

Определение

- ▣ Негнойные воспалительные процессы в суставах, связанные инфекцией внесуставной локализации (мочеполовая, кишечник, носоглотка).
- ▣ К этой группе относят: *болезнь Рейтера*, энтероколитический артрит, псориатический артрит.

Общие признаки:

- отрицательный РФ;
- отсутствие ревматоидных узелков;
- асимметричный моно- или олигоартрит;
- воспалительное поражение позвоночника и R-признаки одностороннего сакроилеита (кроме болезни Бехтерева);
- тенденция к семейной агрегации;
- носительство HLA B27;
- наличие “overlap”-синдрома:
 - псориазоподобное поражение кожи и ногтей,
 - конъюнктивит и другие поражения глаз,
 - язвы слизистой кишечника и рта,
 - уретрит, простатит,
 - узловатая эритема,
 - энтезопатии

Классификация РА по возбудителю

- урогенитальные (спорадические) – хламидии, уреоплазмы, микоплазмы. Спорадическая (урогенитальная) форма составляет 98% всех случаев БР.
- постэнтероколитические – иерсении, сальмонеллы, шигеллы, клостридии, кампилобактер.
- **по длительности:**
 - *острый – до 6 месяцев;*
 - *затяжной (подострый) – 6 – 12 месяцев;*
 - *хронический – после 12 месяцев;*
 - *рецидивирующее.*

Патогенез

- HLA B27 + инфекция → инфицирование слизистой оболочки кишечника или мочеполового тракта, возбудитель вызывает воспалительную реакцию, которая может быть субклинической или асимптомной → персистенция инфекционного агента (1 – 4 недели) → фагоцитирование макрофагами → иммунное воспаление → лимфо- и гематогенный занос АТ и ИК в суставы, глаза и т.д.
- При этом происходит хронизация уретрита и простатита → развитие иммунопатологического воспаления с формированием клиники артритов.

Критерии серонегативных спондилоартропатий

▣ А. клинические и анатомические признаки:

- ▣ *ночные боли или скованность в пояснице – 1 балл;*
- ▣ *асимметричный олигоартрит – 2;*
- ▣ *периодические боли в ягодичной области, не отдающие в ногу – 2;*
- ▣ *симптом “сосисок” – 2;*
- ▣ *талалгии или другие энтезопатии – 2;*
- ▣ *ирит – 2;*
- ▣ *не гонококковый уретрит или цервицит – 1;*
- ▣ *диарея – 1;*
- ▣ *псориаз, балантит, хронический энтероколит – 2;*

▣ **Б. R-признаки:**

▣ *сакроилеит – 3 балла*

▣ **В. генетические особенности**

▣ *В27 или наличие у родственников указанных клинических состояний – 2 балла;*

▣ **Г. ответ на лечение**

▣ *Дменьшение болей в течение 48 часов при приёме НПВП – 1 балл.*

▣ *Достоверный спондилоартрит - 6 баллов.*

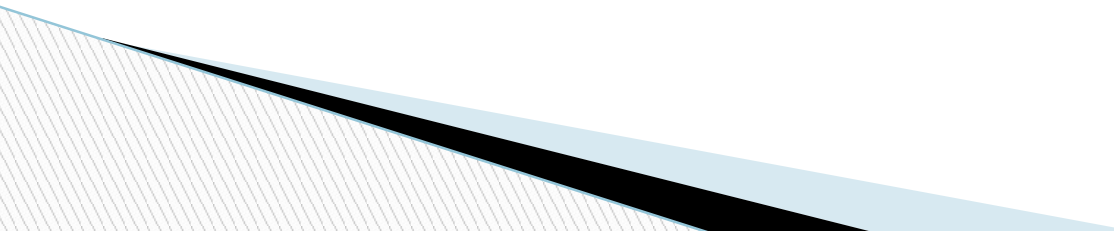
- На первый план выступает периферический артрит, спондилоартрит носит локальный характер и встречается не всегда. Сакроилеит обычно бывает односторонний, не доминирует в клинике и распознаётся на R-грамме.

- При болезни Бехтерева несмотря на носительство В27 антигена и клинические перекрёсты
 - *сакроилеит двусторонний и является обязательным;*
 - *поражение позвоночника составляет суть болезни.*

Постэнтероколитический реактивный артрит

- ▣ Развивается через 1 – 3 недели после предшествующей энтероколитической инфекции: асимметричное поражение крупных суставов, сакроилеит, $\uparrow t^{\circ}$ в острый период до $38-39^{\circ}$; внесуставные поражения: узловатая эритема, миокардит, конъюнктивит, эписклерит.

Диагностика

- Копрокультура на иерсении, РНГА на иерсении в титре $>1:200$ в динамике.
 - Хронизация процесса в 30% случаев.
- 

Лечение

- антибиотики: тетрациклин, доксициклин, полимиксин, левомицетин на 14 дней. Для профилактики кандидоза – дифлюкан (флуконазол);
- НПВН;
- ГКС локально;
- при хроническом течении – сульфасалазин до 2 гр/сут;
- нормализация флоры кишечника.

РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ (болезнь Рейтера)



Определение

- ▣ **Урогенитальный артрит** – эпизод периферического артрита длительностью более 1 месяца, встречающийся в ассоциации с уретритом и цервицитом.
- ▣ **Болезнь Рейтера** (уретроокулосиноввиальный синдром, синдром Фиссенже – Леруа) – реактивный артрит с внесуставными проявлениями (в 1916 г Рейтер описал артрит у морского офицера перенёсшего кишечную инфекцию).
- ▣ В классическом варианте характеризуется триадой: уретрит, конъюнктивит, артрит. Кроме того, могут наблюдаться изменения кожи и слизистых и, иногда, патология внутренних органов.

Клинические проявления синдрома Рейтера и других реактивных артритов

Классическая триада:

Конъюнктивит

Артрит (обычно ассиметричное множественное поражение суставов)

Уретрит



Конъюнктивит



Уретрит, псориазоформные поражения головки полового члена



Поражение суставов напоминает ранние стадии ревматоидного артрита



Подногтевой кератит



Эрозии мягкого неба и языка

Сакроилеит



Ахиллобурсит, эритема, припухлость, болезненность

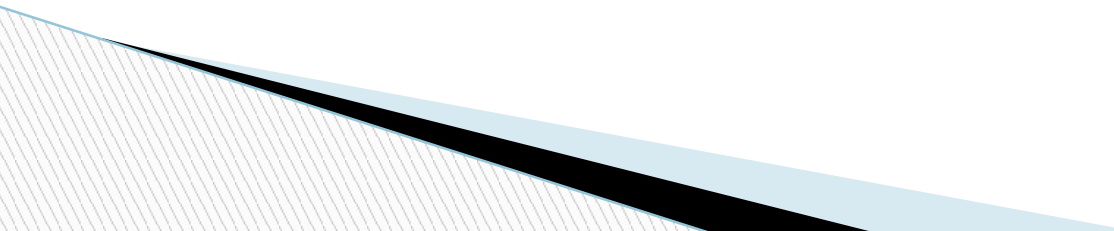


Кератодермия и пустулезные изменения на подошвах

Клиника

- ▣ Обычно начинается с уретрита, признаки которого появляются примерно через 2 – 3 недели после полового контакта, чаще случайного.
- ▣ Позднее (через 1 – 4 недели) присоединяется конъюнктивит, а затем артрит. Заболевание может дебютировать и с конъюнктивита и с артрита.

- ▣ **Уретрит** – обычная клиника: жжение или резь при мочеиспускании, утренние выделения из уретры, если больной не мочится ночью, припухлость и гиперемия в области устья мочеиспускательного канала.
- ▣ Часто же уретрит протекает малосимптомно не привлекая внимания больного. При наличии латентного простатита исследуют секрет простаты.

- ▣ **Поражение глаз** - в 30 – 60% случаев БР.
 - ▣ Чаще возникают лёгкие конъюнктивиты, быстро проходящие (1 – 2 дня) и если не рецидивирует, то игнорируются больным.
 - ▣ Если возникает передний увеит (иридоциклит), то яркая симптоматика (боль в глазах, светобоязнь и слёзотечение) заставляет обратиться за помощью.
- 





- ▣ **Поражение суставов** – развивается остро или подостро, чаще протекает по типу полиартрита, реже олиго- и ещё реже – моноартрита.
- ▣ Отмечается выраженный болевой синдром, субфебрильная лихорадка, иногда температура повышается до 39 - 40°.
- ▣ Часто вовлекаются мелкие суставы стоп, деформация суставов получила образное название “палец – сосиска”. Кожа над суставами приобретает красноватый или цианотичный оттенок.

СИМПТОМЫ

Инкубационный период – 2 недели

Воспаление мочеиспускательного
канала

Боль в области большого сустава,
припухлость

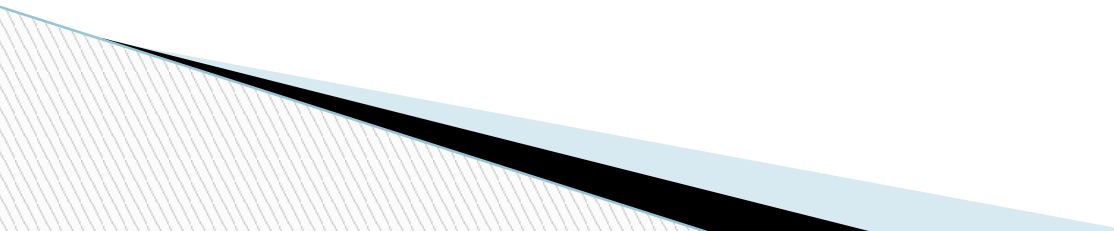
Немного увеличенная температура

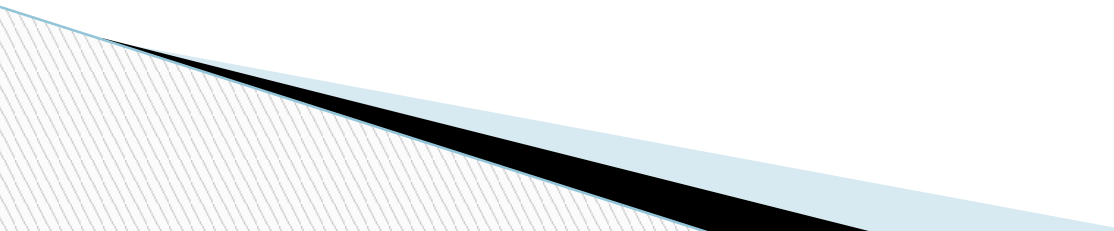
Красноватые пятна на ладонях,
подошвах или всей коже,
покрываются толстой коркой

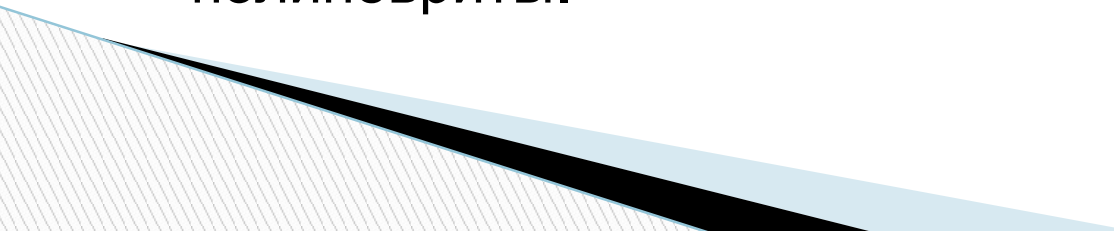
Поражение ногтей



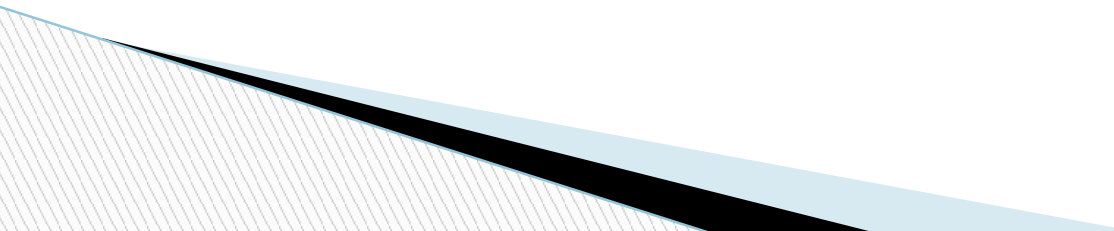


- При прогрессировании процесса возможно множественное поражение суставов с их последовательным вовлечением (симптом “лестницы” или “винтовой лестницы”), в т.ч. суставов верхних конечностей, грудино-ключичных.
 - Очень характерным является поражение околоуставных мягких тканей: связок, сухожилий, сумок, фасций, наличие энтезопатий.
- 

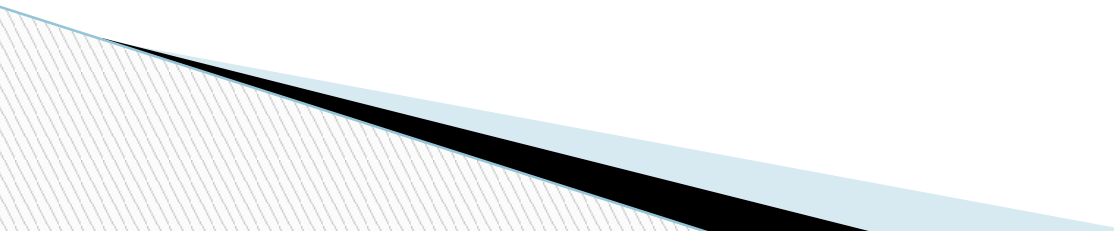
- Часто встречаются: подпяточный бурсит, подошвенный фасциит, ахиллобурсит, ахиллотендинит, что приводит к появлению болей в пятках, изменению походки.
 - Вовлечение позвоночника – односторонний сакроилеит, ограниченный спондилоартрит, чаще поясничного отдела. Признаки не являются манифестными и выявляются при целенаправленном обследовании.
- 

- ▣ **Поражение кожи и слизистых (30 – 50%)**
 - ▣ Кератодермия на подошвах и ладонях в виде повышенного ороговения.
 - ▣ Кожные сыпи папулёзного или псориазоподобного характера.
 - ▣ Поражение ногтей (чаще пальцев стоп) – тусклые, ломкие.
 - ▣ Стоматит – появление на слизистой оболочке нёба, тыльной части языка безболезненных эрозий.
 - ▣ Эрозивный балантит или баланопостит.
 - ▣ **Висцериты:** миокардит, перикардит, гломерулонефрит, полиневриты.
- 

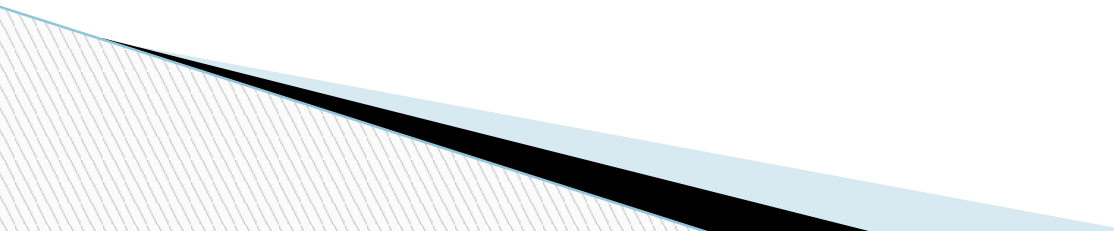
Лабораторные тесты (неспецифические)

- ▣ ускорение СОЭ вплоть до 60 – 70 мм/ч;
 - ▣ белки острой фазы воспаления;
 - ▣ небольшая анемия;
 - ▣ нейтрофильный лейкоцитоз;
 - ▣ РФ отрицательный.
- 

R-признаки урогенитального артрита

- признаки воспалительного процесса в суставах:
 - *остеопороз,*
 - *сужение щели,*
 - *единичные эрозии;*
 - тендопериоститы;
 - односторонний сакроилеит;
 - единичные паравертебральные оссификаты или синдесмофиты.
- 

Выделение возбудителя

- микроскопия в культуре клеток или в кале (на ранних стадиях) – низкая точность;
 - минитесты для диагностики хламидий – точность 20%;
 - РИФ для хламидий, микоплазм и уреоплазм, материал из уретры и шейки матки – точность 60%, могут светиться и другие микробы;
- 

- ИФА: антитела класса IgM: появляются на 5 – 10 день заражения, достигают пика через 2 недели и снижаются через 2 – 4 месяца;
- антитела класса IgA: появляются при хронизации процесса, реинфекции и реактивации – точность 60%, возможны ложноположительные результаты;
- антитела класса IgG: появляются через 15 – 20 дней после заражения, могут находиться на низком уровне;

- ▣ ПЦР – чувствительность 90 – 95%;
- ▣ Необходимо использование двух методов, один из которых ПЦР, исследование в динамике.

Кратность исследования:

- ▣ до лечения;
- ▣ через 3 – 4 недели после лечения;
- ▣ через 3 – 4 недели после лечения.

- ▣ Обязательно обследование на сифилис, гепатиты В и С, ВИЧ.
- ▣ Примеры диагноза: БР, урогенитальная форма (хламидиоз), рецидивирующее течение, активность II степени, полиартрит (перечисление суставов), околоуставные поражения (перечисление: ахиллоденит, подпяточный бурсит, талалгия, периостит пяточной кости, кератит, конъюнктивит, простатит и др.), ФН II.

Критерии болезни Рейтера

“Большие” критерии

- ▣ Артрит (необходимо наличие 2 из 3 характеристик):
 - ▣ *асимметричный,*
 - ▣ *поражение ограниченного количества суставов (не более 6), преимущественно нижних конечностей,*
 - ▣ *поражение суставов нижних конечностей*

“Малые” критерии

- Лабораторное подтверждение триггерных инфекций: должен быть хотя бы один из представленных критериев):
 - ▣ **для *Cl. trachomatis*** – положительный результат в исследуемом материале (соскоб из уретры/цервикального канала) или ПЦР-анализа (в моче),
 - ▣ **для энтеробактерий** – положительная копрокультура
- Определённый РеА: два больших критерия и один малый.
- Вероятный РеА: два больших критерия или первый большой и один/два малых.

Критерии болезни Рейтера

- **1.** развитие заболевания г.о. у мужчин до 40 лет;
- **2.** наличие хронологической связи между мочеполовой или кишечной инфекциями и развитием артрита;
- **3.** острый несимметричный артрит суставов нижних конечностей, особенно пальцев стоп с энтезопатиями и пяточным бурситом;
- **4.** признаки воспаления в урогенитальном тракте и обнаружение хламидий в соскобах с эпителия уретры (а также +ИФА и +ПЦР);
- **5.** R-признак – односторонний сакроилеит;
- **6.** поражение слизистой оболочки рта (безболезненные язвы) и кожи (кератодермия подошв, балантит);
- **7.** отсутствие в крови РФ;
- **8.** носительство антигена HLA B27.

Лечение

санация очагов инфекции:

▣ тетрациклины:

▣ **тетрациклин** $0,5 * 4$ раза/сут,

▣ **доксциклин** (вибрамицин) $0,3 * 3$ раза/сут,

▣ **метациклин** (рондомицин) $0,3 - 1,2 * 3$ раза/сут,

▣ **миноциклин** (миноцин) $0,2 * 2$ раза в первый день, затем 1 раз.

▣ макролиды:

- ▣ **эритромицин** $0,5 * 4$ раза/сут,
- ▣ **рулид** $0,3 * 2$ раза/сут,
- ▣ **кларитромицин** $0,5 - 1,0 * 2$ р/сут,
- ▣ **спирамицин (ровамицин)** 6 – 9 млн./сут.
2 – 3 р.,
- ▣ **рокситромицин** 0,3 гр./сут,
- ▣ **азитромицин (сумамед)** $0,5 - 1,0 * 1 - 2$
р./сут

▣ **фторхинолоны:**

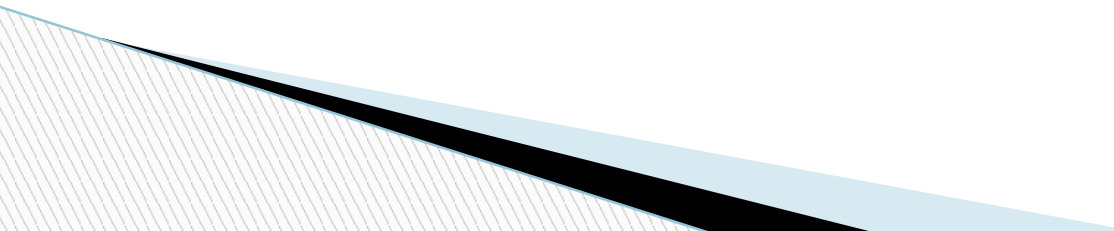
▣ *левофлоксацин (элефлоркс) 500 мг/сут,*

▣ *офлоксацин (заноцин ОД) 800 мг/сут,*

▣ *таваник.*

▣ Длительность лечения до 4 – 8 недель.

□ не назначают:

- пенициллин,
 - левомицетин,
 - цефалоспорины 1, 2, 3 поколений,
 - хинолоны,
 - аминогликозиды,
 - сульфаниламиды.
- 

- Одновременно с антибиотиками – 2 курса интерферона (циклоферона) по 2,0 мл в/м 5 дней с интервалом в 10 дней.
- На протяжении всего курса лечения применение системной энзимотерапии: вобэнзим 7 драже * 3 раза/день или флогензим 2 таб. * 3 раза/день.
- Свечи “Виферон” через день 1 – 3 месяца.

- метронидазол (при наличии трихомониаза) 0,5 3 р./сут,
- Противогрибковые: флуконазол (дифлюкан) (лучше американский) 150 мг 1 раз

- **купирование суставного синдрома:**
 - *НПВП,*
 - *ГКС локально,*
 - *метотрексат,*
 - *сульфасалазин*

- терапия экстраартикулярных поражений;

- реабилитация (при амиотрофии больших мышц) – массаж.