

лекция

# Реактивные артриты

Кафедра госпитальной терапии КГМА  
доцент к.м.н Лобанченко О.В.

# Реактивные артриты

- Негнойные «стерильные» воспалительные заболевания суставов, развивающиеся после определенных видов инфекций (чаще всего урогенитальных или кишечных)
- Входит в группу серонегативных артритов
- Код по МКБ-10 M02 – Реактивные артропатии

# ЭТИОЛОГИЯ



Генетическая предрасположенность  
(носительство HLA B27)

Инфекционный агент:  
*Chlamdia trachomatis*

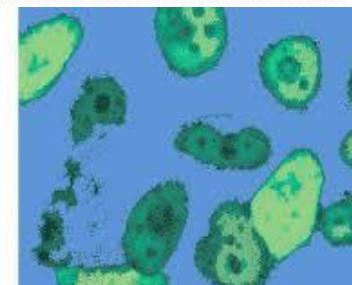
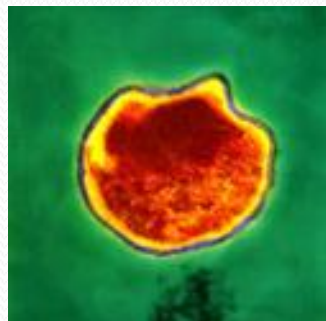
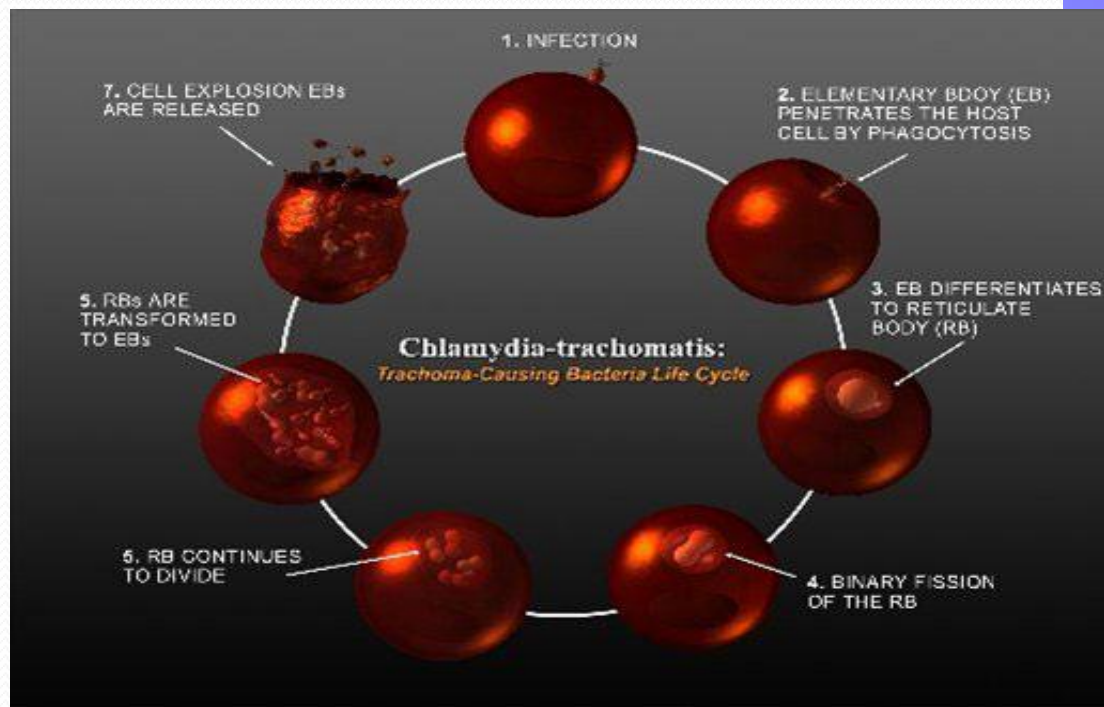
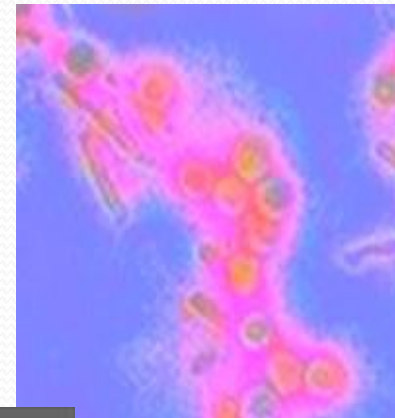
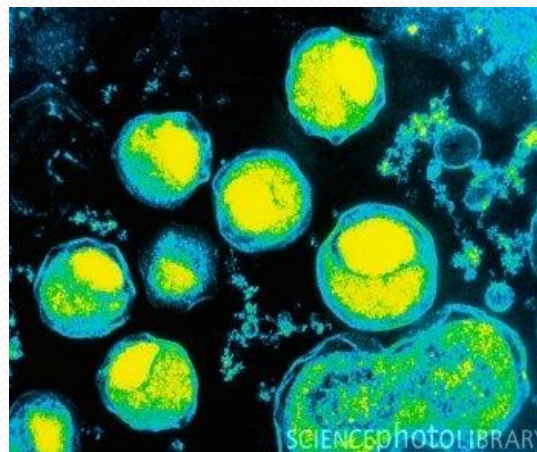
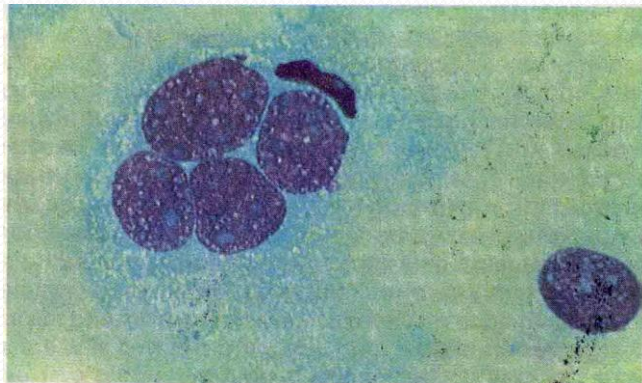
- (*Chlamdia pneumoniae* и *psittaci* ?)
- *Yersinia enterocolitica*
- *Salmonella enteritidis*
- *Campylobakter jejuni*
- *Shigella fleneri*

Этиологическая роль:

- *Clostridium difficile*
- *Ureaplasma urealyticum*
- *Mycoplasma hominis*
- *Neisseria gonorrhoeae*

**Не доказана**

# Цитоплазматическое включение хламидий в культуре клеток мышинных фибробластов





# Распространенность

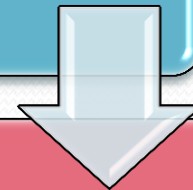
- Заболеваемость РеА составляет 4,6-5,0 на 100 000 населения
- Мочеполовую форму РеА чаще выявляют у мужчин (1:25)
- Постэнтероколитическая встречается форма одинаково часто у мужчин и женщин

# Патогенез

- Миграция этиологического агента из очагов первичной инфекции в суставы или другие органы и ткани организма путём фагоцитоза микроорганизмов макрофагами и дендритными клетками.
- В СО и СЖ обнаруживают живые микроорганизмы, способные к делению
- Персистирование триггерных микроорганизмов и их АГ приводит к развитию хронического воспаления
- Иммунный ответ на триггерные агенты микроорганизмов
- Выработка специфических антител (особенно IgA)

# Клиническая картина

Предшествующий или одновременно развившийся  
уретрит или диарея, поражение глаз



Поражение суставов и  
позвоночника



Внесуставные проявления

# Общие признаки, характерные для реактивных артритов

- Артрит
  - через 2 нед.-2 мес. после инфекции
  - начало артрита, как правило, острое
  - поражение суставов обычно асимметричное
  - чаще поражаются суставы нижних конечностей
  - характерен «лестничный» тип поражения суставов

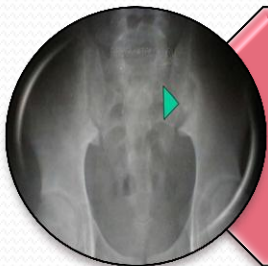




# Поражение суставов и позвоночника



Несимметричный  
моно-олигоартрит



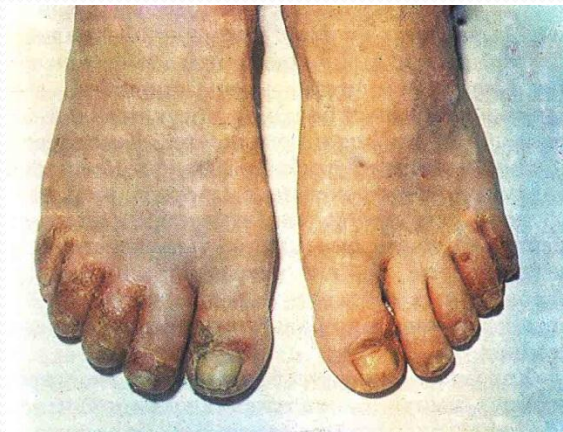
Односторонний  
сacroилеит



Спондиллит

Асимметричный артрит. Сакроилеит.

Сосискообразная деформация II, III и IV пальцев правой стопы двустороннее поражение ногтей



# Энтезиты и теносиновиты

- Ахиллиты
- Ахиллодениты,
- Апоневрозиты
- Пяточные энтезиты
- Подошвенный фасциит



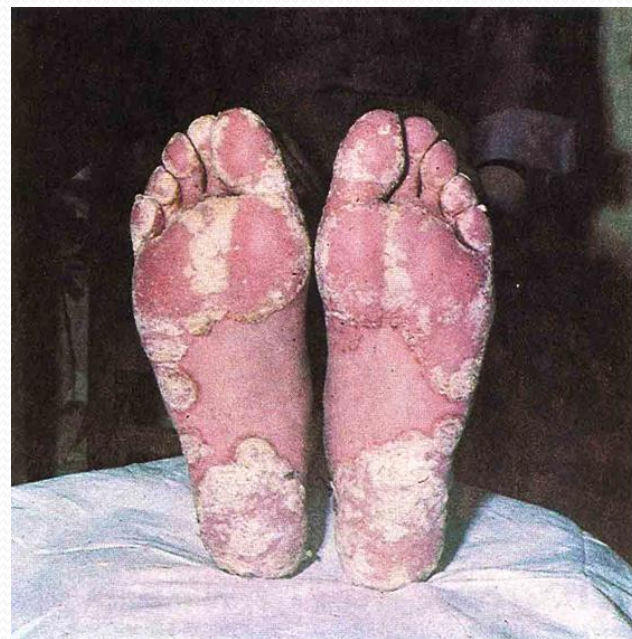
# Внесуставные проявления

- Неспецифическая урогенитальная инфекция (уретрит, цистит, простатит, вагинит, цервицит)
- Энтероколит
- Конъюнктивит
- Отит
- Поражения кожи, ногтей и слизистых
- Поражения сердца и сосудов (аортит, перикардит)
- Поражения нервной системы (редко): периферический неврит, неврит зрительного нерва, проксимальная нейромиопатия и менингоэнцефалит
- Часто лихорадка, лейкоцитоз, увеличение СОЭ



# Поражение кожи, слизистых и ногтей

- Кератодермия ладоней и подошв
- Псориазоподобные высыпания
- Очаговый или диффузный кератоз на фоне умеренной воспалительной инфильтрации
- Ониходистрофия



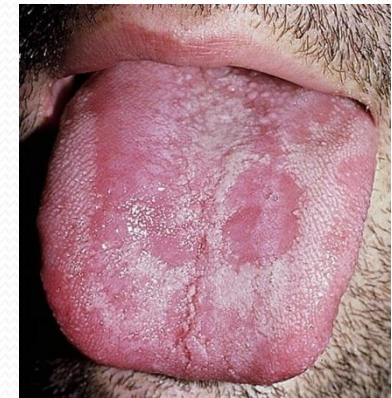


# Кератодермия подошв и ладоней



# Поражение кожи и слизистых

- Баланит или баланопостит
- Малоболлезненные эрозии полости рта
- Глоссит





# Болезнь (синдром) Рейтера

- В 1507 г. Pierre van Forest описал больного с уретритом и артритом
- В 1776г. Stoll сообщил о развитии артрита после дизентерии
- В 1818 г. его описал в своей книге британский хирург еврейского происхождения Бенджамин Броди.
- В 1916 г. в издании German Medical Weekly появилась статья Ганса Рейтера, где он ошибочно предположил, что развитие артрита связано с дизентерией и причиной заражения являются укусы насекомых.
- После выхода этой публикации заболевание называли синдромом Рейтера.

# Уретро- окуло- синовиальный синдром





# Уретро-окуло-синоввиальный синдром

- «эпизод периферического артрита длительностью более 1 мес., встречающегося в ассоциации с уретритом или цервицитом» (Комитет АРА, 1981 г.)
- Современное альтернативное обозначение синдрома – «**урогенный реактивный артрит**» - SARA (sexually acquired reactive arthritis), BASE-синдром (B27, sacroileitis, extraarticular inflammation)

# Начало заболевания

- Урогенный артрит начинается через 7-28 дней после случайного полового контакта или энтероколита
- Скудные слизисто-гнойные выделения или неприятные ощущения в уретре по утрам при мочеиспускании
- Через 1-1,5 мес. после острой мочеполовой инфекции или обостр. хронического очага развивается асимметричный артрит суставов ног.

# Течение

- Продолжительность первичных случаев заболевания составляет 3-6 мес. Нередко затягивается до 12 мес. и более.
- Характерны частые рецидивы (реинфекция или персистирующая инфекция)
- Интервалы между рецидивами в ряде случаев – около 5 лет и более
- У 20-30% больных – хроническое течение в виде серонегативного олигоартрита или спондилоартрита

## Бактериологические исследования

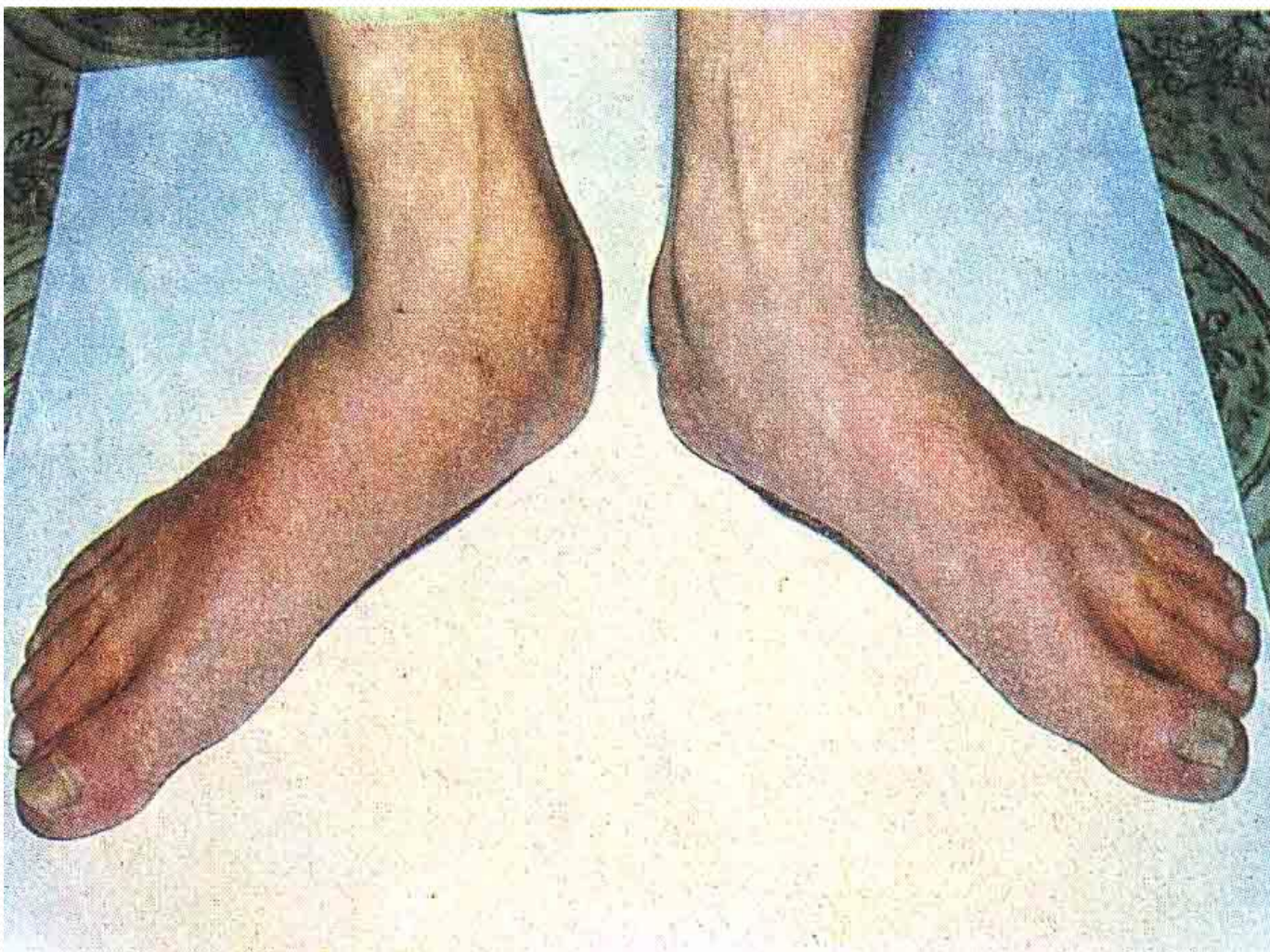
- Посев соскоба из уретры и конъюнктивальных смывов в острую фазу заболевания выявляет предшествующую урогенитальную инфекцию

# Особенности артрита

- Чаще хроническое рецидивирующее течение
- Преимущественное поражение нижних конечностей
- Асимметричный артрит
- Лестничный тип поражения
- «сосискообразная» деформация пальцев стоп
- Псевдоподагрическая симптоматика при вовлечении суставов большого пальца стопы
- Боли в пятках вследствие тендинита пяточного сухожилия, бурсита в области пяток и воспаления энтезисов
- Формирование пяточных шпор
- Формирование плоской стопы из-за поражения суставов предплюсны и связочного аппарата стоп
- Боли в спине У 20-30% больных – клиническая или только рентгенологическая картина сакроилеита

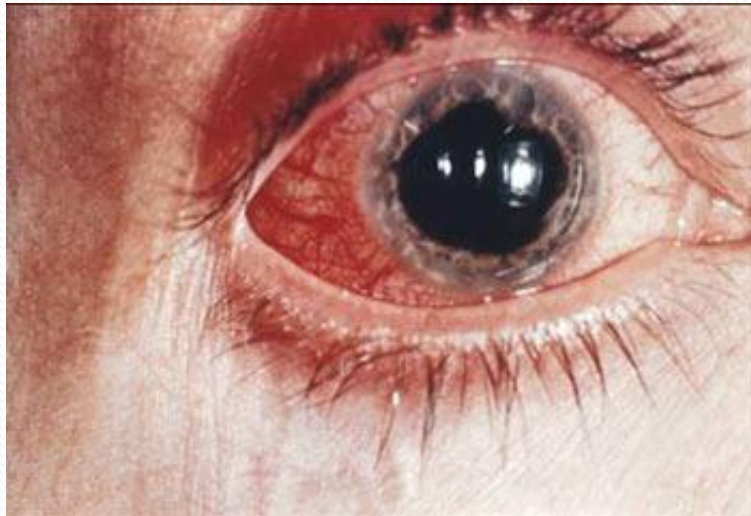


## Двусторонняя плоская стопа как исход поражения суставов предплюсны



# Поражение глаз (70-75% больных)

- Конъюнктивит (двусторонний, катаральный)
- Ирит, увеит, приводящий к слепоте



# Урогенитальные проявления

- Уретрит
- Простатит
- Цервицит
- Циркулярный баланит

# Поражение других органов и систем

Отит

Паховый лимфаденит

Миокардит

Лихорадка



# Лабораторные исследования

- **Ан. Крови** в острой фазе: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, тромбоцитоз, СРБ, и IgA.
- АНФ и РФ **не** обнаруживаются;
- в хроническую фазу – умеренная нормохромная анемия
- **Носительство HLA-B27** чаще при хр. или рецидивирующем течении и ассоциируется с сакроилеитом, спондиллитом, увеитом и аортитом

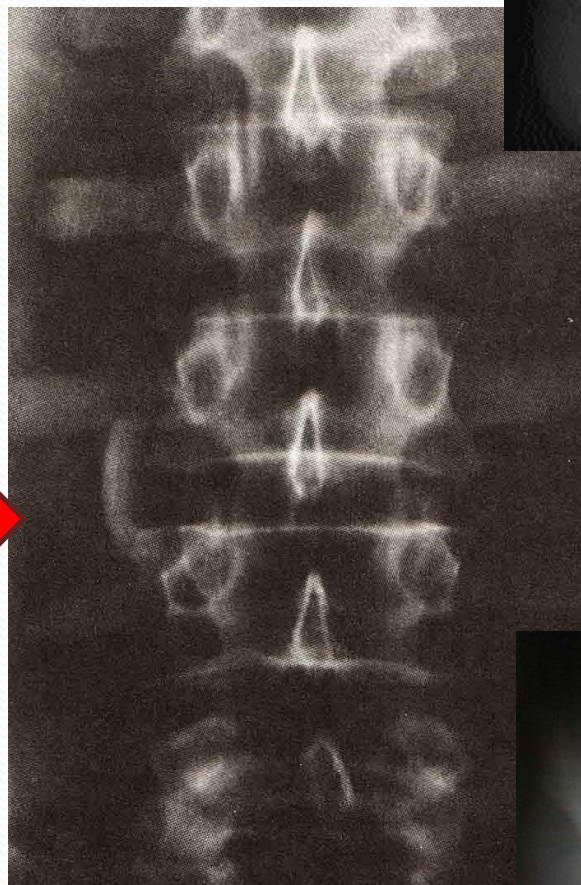


## Лабораторные исследования *(продолжение)*

- Для выявления хламидийной инфекции применяют реакцию прямой ИФ (скрининговый тест)
- ПЦР Серологические исследования и культуральный метод
- Повышение титров антител к хламидиям, иерсиниям, *уреаплазмам, микоплазмам, токсоплазмам*
- В синовиальной жидкости: низкая вязкость, плохое образование муцинового сгустка, лейкоцитоз (5-10 тыс./мм<sup>3</sup>, увеличение белка и комплимента.

# Рентгенологическое исследование

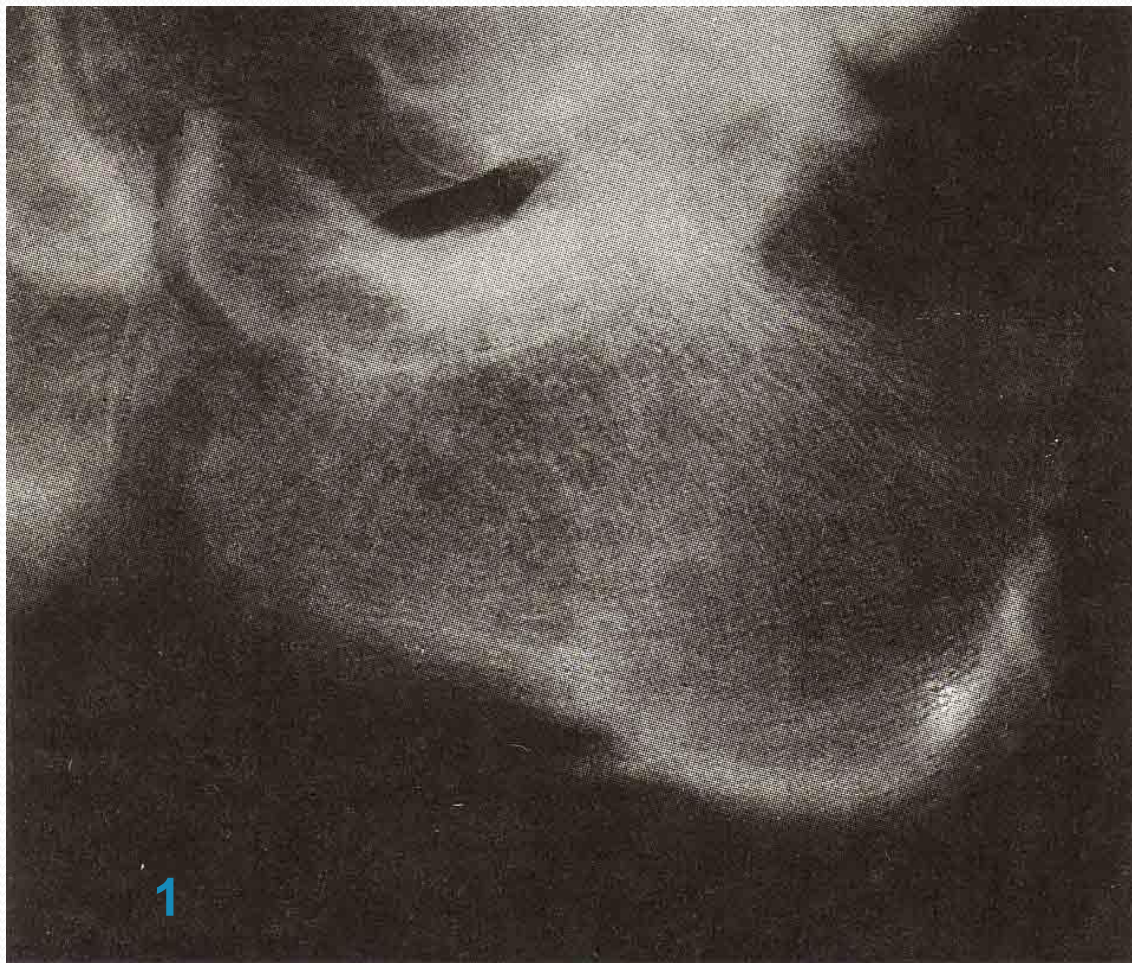
Признаки сакроилеита  
(обычно  
одностороннего)  
Изменения в  
позвоночнике —  
немногочисленные  
асимметричные  
паравертебральные  
оссификаты,  
«рыхлые» пяточные  
шпоры





Рентгенограмма пятки. Рыхлая «шпора» на нижней поверхности пяточного бугра (1).

Периостит задне-верхней поверхности пяточной кости, маленькая «шпора» на нижней поверхности пяточного бугра (2)



# Диагностические критерии

## Большие критерии:

- Асимметричность суставного поражения, вовлечение 1-4 суставов с локализацией на нижних конечностях;
- Клинически манифестная инфекция кишечного и мочеполового трактов (энтерит или уретрит за 1 день-6 нед до развития заболевания)

## Малые критерии:

- Лабораторное подтверждение мочеполовой или кишечной инфекции (*Chlamidia trachomatis* либо энтеробактерий, чаще *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella flexneri*)
- Выявление инфекционного агента в СЖ с помощью ПЦР

«Определенный» РеА:	2 больших + соответств. малые критерии
«Возможный» РеА :	2 больших            или    1 большой + 1 малый

# Формулировка диагноза **РеА**

- Форма: Урогенитальная Постэнтероколитическая
- Характер процесса: Первичный Возвратный
- Вариант течения: Острое Затяжное Хроническое
- Клинико-морфологическая характеристика мочеполовых органов: Уретрит, эпидидимит, простатит, баланопостит, цервицит, эндометрит, сальпингит
- Опорно-двигательного аппарата: Моно-, олиго-, поли-артрит, сакроилеит, спондилит, энтезопатии
- Рентгенологическую характеристику артрита: По Штейнброкеру
- Сакроилеита (по Келгрену или Дейлу): По Келгрену или Дейлу
- Спондилита: Синдесмофиты, параспинальные оссификаты, анкилоз межпозвонковых суставов
- Степень активности и ФНС



# Лечение



- Санация очагов инфекции в мочеполовом тракте или кишечнике
  - Оптимальные дозы а/бактериальных препаратов
  - Длительное (около 4 недель) их применение
  - Лечение половых партнёров
  - Микробиологический контроль
  - Необходимо обследование и лечение половых партнеров!



# Антибактериальная терапия

- **Тетрациклины:**

- Тетрациклин 2,0 г в сут дробно в 4 приема
- Доксициклин 0,1 г 3 раза в сутки
- Метациклин 0,3 г 3 раза в сут

- **Макролиды:**

- Эритромицин 2,0 г в 4 приема
- Азитромицин (сумамед) 0,5 – 1,0 г в сут
- Рокситромицин 0,3 г
- Кларитромицин 0,5 г

- **Фторхинолоновые производные** (меньшая активность в отношении хламидий):

- Ципрофлоксацин (Сиспрес) 0,5 г 3 раза в сут
- Офлоксацин (таривид) 0,2 г 3 раза в день
- Ломефлоксацин 0,4-0,8 г/сут 1-2 р. в день

- Противогрибковые препараты для предупреждения дисбактериоза

# Подавление воспалительного процесса в суставах и других органах

- **НПВС** – препараты первой линии терапии
- **ГКС** при неэффективности НПВС (преднизолон *per os* не более 10 мг/сут; внутрисуставно или периартикулярно)

# Лечение

(для предотвращения хронизации и рецидивирования болезни)

- При рецидивирующем течении – **сульфасалазин 2 г в сут** (длительно не менее 6 мес.)
- При тяжелом рецидивирующем течении и при неэффективности ССЗ – **метотрексат** от 7,5 мг в неделю, при необходимости повышая дозу до 15-20 мг в нед
- Ингибиторы ФНО- $\alpha$  – **инфликсимаб**, **этанерцепт (энбрел)**

