

АКТИВНЫЙ АРТРИТ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Реактивный артрит — это вызванное инфекцией системное заболевание, характеризующееся прежде всего воспалением синовиальной оболочки, посев с которой *не* выявляет наличия жизнеспособных микроорганизмов .
- Поражение суставов может сопровождаться конъюнктивитом и поражением кожи (бленорейная кератодермия). На поздних стадиях заболевания может возникать сакроилеит и спондилит, в связи с этим реактивный артрит относят к группе спондилоартропатий.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Заболевание чаще наблюдается у лиц в возрасте от 18 до 40 лет.
- Соотношение мужчин и женщин при артрите, развившемся после кишечных инфекций, составляет 1:1;
- при артрите, развившемся после инфекций, передающихся половым путем — 9:1.

ЭТИОЛОГИЯ

- Этиология реактивного артрита неизвестна. Предположительно, в основе артрита лежит генетически детерминированная аномалия иммунной системы (заболевание в 50 раз чаще диагностируется у носителей **HLA-B27**), которая реализуется при инфицировании некоторыми микроорганизмами.
- Урогенитальные инфекции: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*
- Желудочно-кишечные: *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella typhimurium*, *Salmonella enteritidis*, *Salmonella heidelbergi*, *Salmonella choleraesuis*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Yersinia enterocolitica*.

ПАТОГЕНЕЗ

- Патогенетические механизмы реактивного артрита **неизвестны**, хотя очевидно вовлечение иммунного ответа на микроорганизмы урогенитального тракта.
- Полагают, что развитие **иммунокомплексного синовита** обусловлено чрезмерным иммунным ответом макроорганизма **на микробные антигены, находящиеся вне полости сустава**, с формированием иммунных комплексов, которые откладываются в синовиальной оболочке.

СУСТАВНОЙ СИНДРОМ

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ СУСТАВЫ

- Обычно поражается несколько суставов (**олигоартрит**), при этом для реактивного артрита характерно поражение главным образом суставов **нижних конечностей** — коленных, голеностопных, предплюсневых, плюснефаланговых и межфаланговых.
- Реже поражаются лучезапястный сустав и суставы кисти.

ДАКТИЛИТ - признак РеА

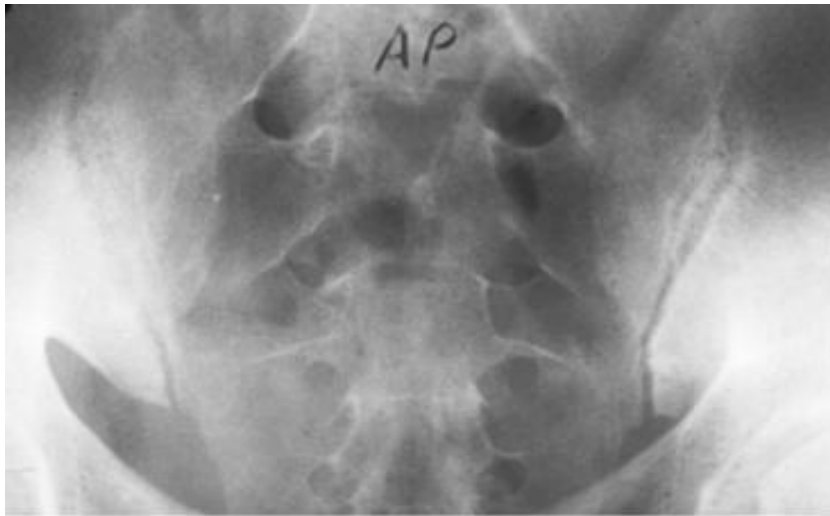


ЭНТЕЗОПАТИИ



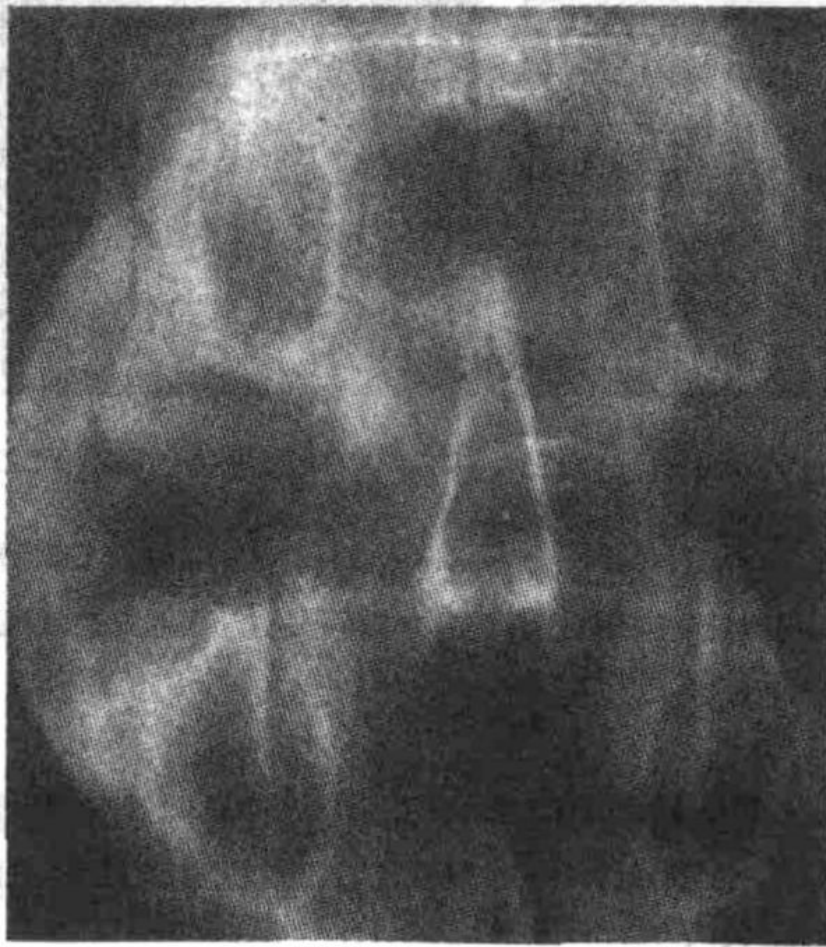
- Характеризуются болью и ригидностью с отеком в области прикрепления мышц, сухожилий и связок, особенно **ахиллова сухожилия** и **плантарной фасции**, к пяточной кости, что часто ведет к затруднениям при ходьбе.

ОСЕВОЙ СКЕЛЕТ



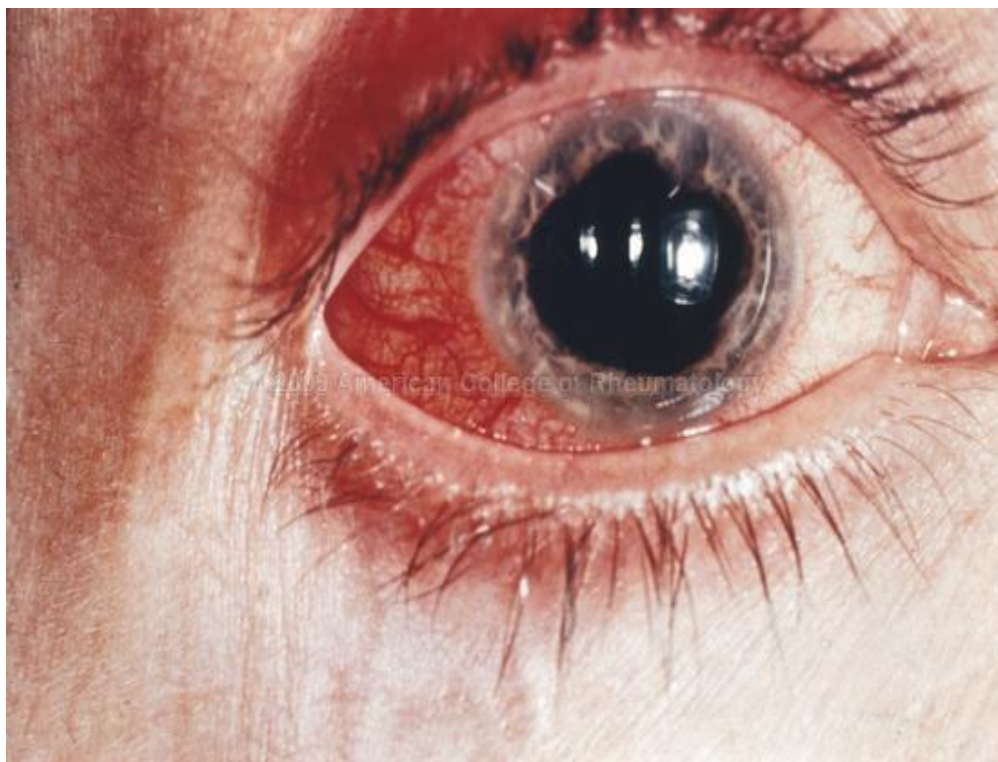
- Рентгенологические признаки сакроилеита находят приблизительно у 70% пациентов с хроническим реактивным артритом. Характерен **односторонний сакроилеит**, но на поздних стадиях болезни он становится двусторонним.

ОСЕВОЙ СКЕЛЕТ



- **Костные разрастания в местах энтезита**
- Рентгенограмма позвоночника с крупными, напоминающими "ручку кувшина" синдесмофитами

ВНЕСУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ



ГЛАЗНЫЕ

- Асептический конъюнктивит (60 %)
- Передний увеит (односторонний) (20 %)

ПРОЯВЛЕНИЯ



СЛИЗИСТО-КОЖНЫЕ

- Кольцевидный баланит (30 %)

- Бленноррагическая кератодермия (20 %)



- Гиперкератоз ногтей (10 %)

- Безболезненные язвы ротовой полости (25 %)

БЛЕЙНОПОРРАТИЧЕСКАЯ КЕРАТОДЕРМИЯ



ВНЕСУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

ОБЩИЕ

- Субфебрильная лихорадка
- Похудание

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ

- Инфекционный илеит (колит)
- Асептический илеит (колит)

МОЧЕПОЛОВЫЕ

- Инфекционный уретрит
- Асептический уретрит
- Простатит
- Цистит
- Сальпингит

КАРДИАЛЬНЫЕ

- Блокады сердца (1 %)
- Аортальная недостаточность
- Аортит (1%)
- Перикардит

ПРОЧИЕ

- Нейропатия
- IgA-нефропатия
- Амилоидоз почек
- Тромбофлебит

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. По очагу инфекции

- Урогенный
- Энтеропатический

2. По течению

- Острый (длительностью менее 6 мес)
- Хронический (длительностью более 6 мес):
 - с системными проявлениями
 - без системных проявлений

3. По количеству пораженных суставов

4. По локализации

5. Функциональный класс

КРИТЕРИИ

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ:

1. Артрит (два признака из трёх).

- Асимметричный.
- Моно- или олигоартрит.
- Поражение нижних конечностей.

2. Предшествующая инфекция (один признак из двух).

- Энтерит (диарея в течение 6 нед, предшествующих артриту).
- Уретрит (дизурия в течение 6 нед, предшествующих артриту).

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ:

1. Доказательства "триггерной" инфекции.

- Положительные результаты соскоба мочеиспускательного канала или шейки матки на *Chlamydia trachomatis*.
 - Положительные результаты бактериологического исследования кала на энтеробактерии.
2. Доказательства стойкой инфекции в синовиальной оболочке (положительные результаты иммуногистологических исследований).
- Положительная ПЦР на *Chlamydia trachomatis*.

ЛЕЧЕНИЕ

- Следует ли при реактивном артрите назначать антибиотики всем больным?

Как только предшествующая инфекция "запустила" реактивный артрит, назначение антибиотиков вряд ли повлияет на течение заболевания.

Выделение антигенов бактериальной стенки из синовиальной ткани свидетельствует о том, что именно антиген, а *не* жизнеспособные микроорганизмы способен поддерживать течение реактивного артрита.

Следовательно, **антибиотики должны использоваться для борьбы только с выделенными микроорганизмами.**

АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендованные схемы:

- **Азитромицин** в дозе 1,0 г перорально однократно (эффективная концентрация препарата в крови и тканях сохраняется 7-10 сут) или
- **Доксициклин** по 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 сут.

Альтернативные схемы (эквивалентные):

- **Офлоксацин** по 200 мг перорально 2 раза в день на протяжении 7 сут, или
- **Рокситромицин** по 150 мг перорально 2 раза в день в течение 7 сут, или
- **Кларитромицин** по 250 мг перорально 2 раза в день на протяжении 7 сут, или
- **Эритромицин** по 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 сут.

СИНДРОМА

1. НПВП в стандартных терапевтических дозировках: **индометацин (150-200 мг/сут), диклофенак (100-150 мг/сут)**

2. По показаниям для лечения устойчивого к НПВС синовита выполняют **внутрисуставное введение** кортикостероидов (**дипроспан, кеналог**)

3. У больных **с рецидивом** или **обострением заболевания**, возникшим несмотря на адекватную терапию, может потребоваться назначение **средства базисной терапии**. Препаратом выбора при лечении рефрактерного реактивного артрита является **сульфасалазин (2-3 г/сут)**. Другие базисные средства (метотрексат, азатиоприн и циклофосфан) также использовались с определенным успехом.

ЛЕЧЕНИЕ

Внесуставные проявления.

Поражения кожи и слизистых оболочек при реактивном артрите, как правило, ограниченные и не требуют специального лечения.

Единственное исключение — увеит, при котором необходимо офтальмологическое обследование.

Каков прогноз у больных с реактивным артритом?

- Большинство пациентов полностью выздоравливают от первичного заболевания .
- Однако у значительного числа (15-70 %) отмечаются один рецидив или более с поражением глаз, кожи и слизистых оболочек и/или артритом.
- У 20 % больных возникает та или иная форма поражения осевого скелета.
- Такие факторы, как реинфекция, генетическая предрасположенность (HLA-B27) и боль в области пяточной кости, указывают на плохой прогноз.
- В целом нарушение трудоспособности, связанное с поражением суставов, отмечается редко.