

Клиническая демонстрация

На тему:

«Реактивный артрит»

Паспортные данные

- ФИО Смирнов Н.
- Дата рождения (полных лет) 45
- Категория- служащий
- Дата поступления. 22.09.2013

Жалобы и анамнез

ЖАЛОБЫ: В момент поступления пациент предъявляет жалобы на общую слабость, боль в левом голеностопном суставе и правом коленном суставе, отечность их, небольшая скованность при движениях, повышение температуры тела до 37,2-37,6

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: Родился 07.02.1981г. Рос и развивался соответственно возрасту. Не отставал от сверстников в физическом и умственном развитии. Женат, есть сын. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Из заболеваний отмечает у себя наличие артериальной гипертензии II, риск III. Контакта с инфицированными больными и больными туберкулезом не было. Наследственный и аллергический анамнез не отягощен. Трансфузий не было. Операции отрицает. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Спиртные напитки не употребляет. Курит с 18 лет. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное и полноценное.

Условия работы удовлетворительные.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Болен более 1,5 – 2 месяцев, когда после перенесенной хламидийной инфекции появились боли в левом голеностопном суставе. Спустя 2 недели стал болеть правый коленный сустав. Обследовался в РИПУ г. Минска, где были обнаружены хламидии и трихомонады. Направлен в ВОКБ №2 для лечения.

Обсуждение жалоб и анамнеза

- При анализе *жалоб* важно обратить внимание на поражение преимущественно крупных, периферических, суставов. Поражение ассиметричное, преимущественно нижних конечностей, особенно коленных и голеностопных., восходящий характер, наличие субфебрилитета. Основное, на что нужно обратить внимание это *анамнез*. У пациента с подозрением на реактивный артрит – ВАЖНО, что это отсутствие травмирующего фактора и наличие перенесенной урогенитальной или гастроинтестинальной инфекции 3-4 недели назад.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное и адекватное. Ориентирован в месте и времени. Поведение спокойное. Телосложение гиперстеническое. Ожирение II степени. Рост 165 см., вес 83 кг. Кожа сухая, чистая, окраска кожных покровов бледно-розовая, эластичность кожи сохранена, видимые слизистые бледно-розовые, влажные. Лимфатические узлы не пальпируются, за исключением паховых, которые увеличены до размеров вишни, умеренно болезненные, легко смещаются. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Костно-мышечно-суставная система развита. Степень развития мышц нормальная, тонус в норме. Область тазобедренных суставов без особенностей. Форма грудной клетки гиперстеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 18 в 1 минуту. Одышка смешанного характера. Дыхание ослаблено. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. Пальпаторно патологических симптомов не выявлено. Голосовое дрожание проводится над всей поверхностью легких. Перкуторно ясный легочный звук. Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет. Пальпация сердца и сосудов: Пульс – 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 80 в 1 мин. Шумов нет. АД – 150/90 мм. рт. ст. Живот обычной формы и величины, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, б/болезненный. Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации во всех отделах. При пальпации нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см по правой среднеключичной линии, гладкий, плотно-эластичный, безболезненный. Стул ежедневный, оформленный, цвет кала обычный без патологических примесей. Моча светло-жёлтого цвета, прозрачная. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз в сутки.

•Статус локалис:

Коленный сустав правый отечный, горячий на ощупь, движения в нем ограничены из-за болезненности, левый голеностопный отечный, горячий на ощупь, болезненный при движении

Обсуждение объективных данных

- Как правило при наличии связи с урогенитальной инфекцией характерным признаком клиническим является паховая лимфаденопатия.
- А также клиническая картина артритов пораженных суставов.

Лабораторные исследования

- ОАК эритроциты – $5,42 \times 10^{12}/\text{л}$ лейкоциты – $6,6 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 146 г/л, тромбоциты – $342 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 8 мм/ч, сегменты 50%, палочки 1% лимфоциты 44%, моноциты 5%.
- Билирубин общ. – 12,8 ммоль/л, билирубин прямой – 2,6 ммоль/л, ЩФ – 111 Е/Л, ГГТП – 97 Е/Л, креатинин 0,083 ммоль/л, белок общ. 66 г/л, ЦИК в сыворотке крови – 138 единиц
- Анализ крови на стрептолизин О 19.11.2012:
- Реакция: отрицательная < 8 мЕ/мл
- Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой 20.11.2012: Натощак 3,7 ммоль/л 13.00–4,0 ммоль/л, 17.00–4,2 ммоль/л
- ОАМ 20.11.2012: соломенно-желтый, мутная, реакция – кислая, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский единичный 1-2 в поле зрения, эритроциты – единичны, лейкоциты-единичны
- ВИЧ, антитела к вирусу гепатита С, В отрицательны
- Антигены системы HLA-B 27
- Микробиологическое исследование кала – без патологии
- Соскоб эпителия уретры на хламидии, посев и определение чувствительности к антибиотикам – результат положительный
- Определение хламидий методом ПЦР в соскобе из уретры - положительно

Обсуждение лабораторных данных

- Заслуживает внимание отсутствие характерных изменений в общем анализе крови и анализе мочи.
- Наличие положительного теста HLA-B27
- Определение триггерной инфекции, несмотря на отсутствие клинических ее проявлений.

Что такое HLA-B27 ?

- **HLA-B27 - основной иммуногенетический маркер высокой предрасположенности к развитию анкилозирующего спондилита (болезнь Бехтерева) и других связанных серонегативных спондилоартропатий.** Это разнородная группа заболеваний, в которую входят: анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), псориатический артрит, реактивный артрит, синдром Рейтера, артрит при воспалительных заболеваниях кишечника, рецидивирующий увеит, ювенильный ревматоидный артрит. В клинической симптоматике всех этих заболеваний отмечается артрит периферических суставов и суставов осевого скелета, кроме того, при этих заболеваниях обычно не находят ревматоидный фактор и другие аутоантитела. Именно последний феномен позволяет назвать их «серонегативными».

Инструментальные исследования

- Рентгенография левого голеностопного и правого коленного сустава в прямой проекции - выявлено сужение межсуставной щели в с явлениями остеопороза, краевыми костными разрастаниями, узурами. Артрит I ст обоих суставов.

ЭКГ : синусовая брадикардия

УЗИ : легкие, сердце, аорта без видимых патологических изменений.

.

Обсуждение инструментальных исследований

При анализе инструментальных исследований
характерна рентгенологические признаки воспаления
суставов.

Медикаментозное лечение пациента

- **Лечение РеА :**

- Антибактериальная терапия РеА:**

- Рекомендуется воздерживаться от половых контактов, а также до тех пор, пока все половые партнеры пациента не пройдут соответствующий курс лечения.

- Рекомендованные схемы:*

- Азитромицин в дозе 1,0 г перорально однократно
 - - Ибупрофен по 1 табл x 2 раза в сутки

Лечение

- Амоксициллин по 500 мг перорально 3 раза в день в течение 7 сут или
 - Джозамицин по 750 мг перорально 2 раза в день на протяжении 7 сут
- Эритромицин менее эффективен, чем азитромицин или доксициклин, а его побочные действия на желудочно-кишечный тракт часто вынуждают пациентов отказываться от такой схемы лечения.
- Рокситромицин и кларитромицин являются альтернативными макролидными антибиотиками с высокой концентрацией в тканях и переносятся пациентами лучше, так как более благоприятны с точки зрения побочных действий.
- Офлоксацин сходен по эффективности с доксициклином и азитромицином, но более дорогостоящий и не имеет преимуществ в дозировке. Другие хинолоны недостаточно эффективны против хламидийной инфекции.
- Доксициклин и офлоксацин противопоказаны беременным женщинам.
- Джозамицин и амоксициллин можно назначать беременным.
- Ни одна из приведенных схем не является высокоэффективной, поэтому рекомендуется повторное лабораторное тестирование через 3 нед после завершения терапии.
- **Терапия суставного синдрома**
Долгосрочная (3 месяца) антибактериальная терапия не оказывает влияние на течение артрита. Поэтому лечение суставного синдрома при РеА проводится нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), глюкокортикоидами (ГКК).
 - Выбор препаратов и доз диктуется степенью воспалительной активности заболевания. При умеренном болевом синдроме, отсутствии системной воспалительной реакции (общего недомогания, усталости, потери веса и лихорадки), умеренном повышении СОЭ (в пределах 30 мм/ч) назначают НПВП и локальные введения ГКК.

Лечение (продолжение)

- При выраженном болевом синдроме, наличии системной воспалительной реакции и значительном повышении СОЭ (> 30 мм/ч) вместо НПВП системно назначают ГКК, препаратами выбора являются метилпреднизолон и бетаметазон. Данные средства принимают в дозе 40-60 мг/сут преднизолонового эквивалента, разделенной на 2 приема (утренний и дневной), в течение 5-7 дней, с последующим ее снижением до отмены препарата по мере устранения местных и общих воспалительных проявлений.. В настоящее время наиболее подходящим базисным препаратом в терапии РеА следует считать метотрексат. Преимуществами метотрексата перед другими базисными средствами являются:
 - быстрое развитие максимального терапевтического эффекта (4-12 нед с момента назначения);
 - выраженное противовоспалительное действие;
 - прогнозируемость наиболее частых (гематологических) из наиболее серьезных побочных эффектов;
 - возможность выявления побочных эффектов на доклинической стадии при адекватном лабораторном мониторинге пациента;
 - минимальная стоимость лечения (метотрексат наиболее недорогостоящий из всех базисных препаратов).Метотрексат назначают в дозе 7,5-25 мг/нед. Препарат принимают по 2,5 мг с интервалом 12 ч за 30-40 мин до еды (при приеме на полный желудок возможна тошнота). Таким образом, если пациенту назначена доза 20 мг/нед, то, начиная прием в понедельник утром, он завершает его в четверг вечером. Затем следует перерыв по воскресенье включительно, и в следующий понедельник прием метотрексата возобновляется. Чем выше недельная доза метотрексата, тем быстрее развивается максимальный терапевтический эффект. При плохой переносимости перорального приема препарата (тошноте) метотрексат вводят подкожно (всю недельную дозу однократно)

Дифференциальный диагноз реактивного артрита

Ревматоидный артрит (РА).

- преимущественно у женщин в возрасте 45 лет и старше. В начальном периоде характерно симметричное поражение мелких суставов кистей и стоп, затем в процесс могут вовлекаться лучезапястные, локтевые, коленные и голеностопные суставы.
- утренняя скованность более 1 ч, увеличение СОЭ, наличие диагностических титров ревматоидного фактора, высокий уровень СРБ, иммуноглобулинов и циркулирующих иммунных комплексов. Для диагностики заболевания важное значение имеет характерная рентгенологическая картина (околосуставной остеопороз, кистовидная перестройка костной ткани, сужение суставных щелей и наличие узур). Наличие антифилаггриновых антител, являющихся специфичными для ревматоидного артрита.

Дифференциальный диагноз реактивного артрита (2)

Для **псориатического артрита** характерно

- поражаются не крупные суставы нижних конечностей, а дистальные межфаланговые суставы кистей и стоп. При этом нередко наблюдается осевой тип поражения (три сустава одного пальца).
- типичные псориатические изменения кожи, поражения ногтей, а также «мумификация» рук и «колбасовидная» форма пальцев.

Подагрический артрит чаще встречается у мужчин в возрасте 40-50 лет. гиперурикемия (уровень мочевой кислоты в крови у мужчин выше 0,42 ммоль/л и у женщин - 0,36 ммоль/л),

типичная острая суставная атака с поражением I пальца стопы, голеностопных и лучезапястных суставов.

в области ушных раковин и в околоуставных областях формируются тофусы рентгенологически выявляются дефекты костной ткани в эпифизах костей по типу «пробойников», нередко развивается подагрическая нефропатия. В синовиальной жидкости и биоптатах синовиальной оболочки суставов у больных подагрой обнаруживаются кристаллы мочевой кислоты.

Дифференциальный диагноз реактивного артрита (3)

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Дебют заболевания характерен в молодом возрасте,

- мужчины болеют значительно чаще, Начало постепенное, с появления жалоб на боли и скованность в поясничной области. Боли усиливаются в утренние часы и уменьшаются после физических упражнений и горячего душа. Объективно определяется сглаженность или полное исчезновение поясничного лордоза, выявляются положительные симптомы Кушелевского, Форестье, Шобера и Томайера. Рентгенологически диагностируются признаки двустороннего сакроилеита, спондилита, при длительном течении - «квадратизация» позвонков, позвоночник приобретает вид «бамбуковой палки».

Для **болезни Бехчета** характерны рецидивирующие афтозные изъязвления полости рта, поражения глаз (передний и задний увеит), суставной синдром по типу моно- или олигоартрита с преимущественным поражением крупных суставов верхних и нижних конечностей (артрит, как правило, неэрозивный), разнообразные кожные проявления (узловатая эритема, папулезная и пустулезная сыпь и др.), неврологические расстройства, тромбозы поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать, что при болезни Бехчета язвы на слизистых оболочках полости рта и половых органов чрезвычайно болезненны и многократно рецидивируют, в то время как при реактивном артрите они безболезненны. Различен и характер поражения глаз: при реактивном артрите - это конъюнктивит, а при болезни Бехчета - увеит.

Дифференциальный диагноз реактивного артрита (4)

- **Болезнь Лайма (лаймовский боррелиоз)** - инфекционное природно-очаговое заболевание, вызываемое спирохетами рода боррелий и передаваемое иксодовыми клещами. После проникновения боррелий в кожу в месте укуса клеща появляется эритема, имеющая центробежный рост (клещевая мигрирующая эритема), в последующем может произойти диссеминация возбудителя из первичного очага. Для заболевания характерно поражение суставов, связок и мышц (артрит, артралгии, тендинит, миозит, энтезопатии, фиброзит) и разнообразные системные проявления с поражением кожи, нервной системы, сердца, печени, глаз и др. Неврологические расстройства свидетельствуют о поражении как центральной (менингит, энцефалит, миелит, энцефалопатия), так и периферической нервной системы (краниальные нейропатии, радикулопатии и др.). Наиболее типичным признаком поражения сердца, развивающимся через 3-12 нед. от начала заболевания, является атриовентрикулярная блокада различной степени выраженности.

Гонококковый артрит чаще встречается у женщин, течение заболевания острое, с лихорадкой и ознобами, характерно поражение крупных суставов нижних и верхних конечностей, возможно изъязвление слизистых оболочек полости рта и половых органов. Как правило, не бывает поражения глаз, крестцово-подвздошных сочленений, не выявляется антиген HLA-B27. Диагноз считается доказанным при обнаружении гонококковой инфекции и быстром обратном развитии артрита под влиянием терапии антибиотиками пенициллинового ряда.