

# 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 околосуставных 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.