

Диагностика

Международной группой экспертов по изучению реактивных артритов предложены следующие классификационные критерии реактивных артритов.

Критерии реактивных артритов

Большие критерии	Малые критерии
<p>Артрит: асимметричный</p> <ul style="list-style-type: none">• в варианте моно- или олигоартрита• нижних конечностей <p>Клиника предшествующей инфекции (за 1-6 нед. до артрита) — уретрит, энтерит</p>	<ul style="list-style-type: none">• Доказательства триггерной роли инфекции: для <i>S. trachomatis</i> — положительный результат в исследуемом материале (соскоб из уретры или цервикального канала) или ПЦР-анализа (в моче)• для энтеробактерий — положительная копрокультура <p>Доказательство персистирующей инфекции в суставе:</p> <ul style="list-style-type: none">• ПЦР для <i>S. trachomatis</i>

Определенный реактивный артрит: два больших критерия и один малый.

Возможный реактивный артрит: два больших критерия или первый большой и один-два малых.

Реактивный артрит

Реактивные артриты (РеА) — воспалительные негнойные заболевания суставов, развивающиеся вскоре (обычно не позже чем через 1 мес.) после острой кишечной или урогенитальной инфекции.

1. Развитие у лиц молодого возраста - до 40 лет.
2. Хронологическая связь с инфекцией, возникновение артрита на фоне или через 4-6 недель после перенесенной инфекции.
3. Острое начало артрита с выраженными общими и местными признаками воспаления.
4. Асимметрия суставного поражения, нередко с поражением связочно-сухожильного аппарата и синовиальных сумок.
5. Частое и асимметричное вовлечение в процесс илеосакральных сочленений.
6. Нередкая системность поражения, особенно глаз, кожи и слизистых оболочек.
7. Отсутствие в сыворотке крови ревматоидного фактора.
8. Частое выявление антигена гистосовместимости HLA B27.
9. Обычно доброкачественное течение процесса.

Артриты при кишечных инфекциях

Характерны поражение преимущественно крупных суставов нижних конечностей, частое выявление сакроилеита и спондилоартрита.

Артрит при дизентерии

Воспаление суставов возникает остро или подостро с выраженными болевыми ощущениями и экссудативными изменениями, у отдельных больных – постепенно и имеет более стойкое течение. Дизентерийный артрит через определенное время полностью проходит, не оставляя каких-либо необратимых изменений в суставах.

Диагноз устанавливают на основании анамнеза болезни, обнаружения бацилл в кале и положительных серологических реакций.

Диагностика иерсиниозного РеА

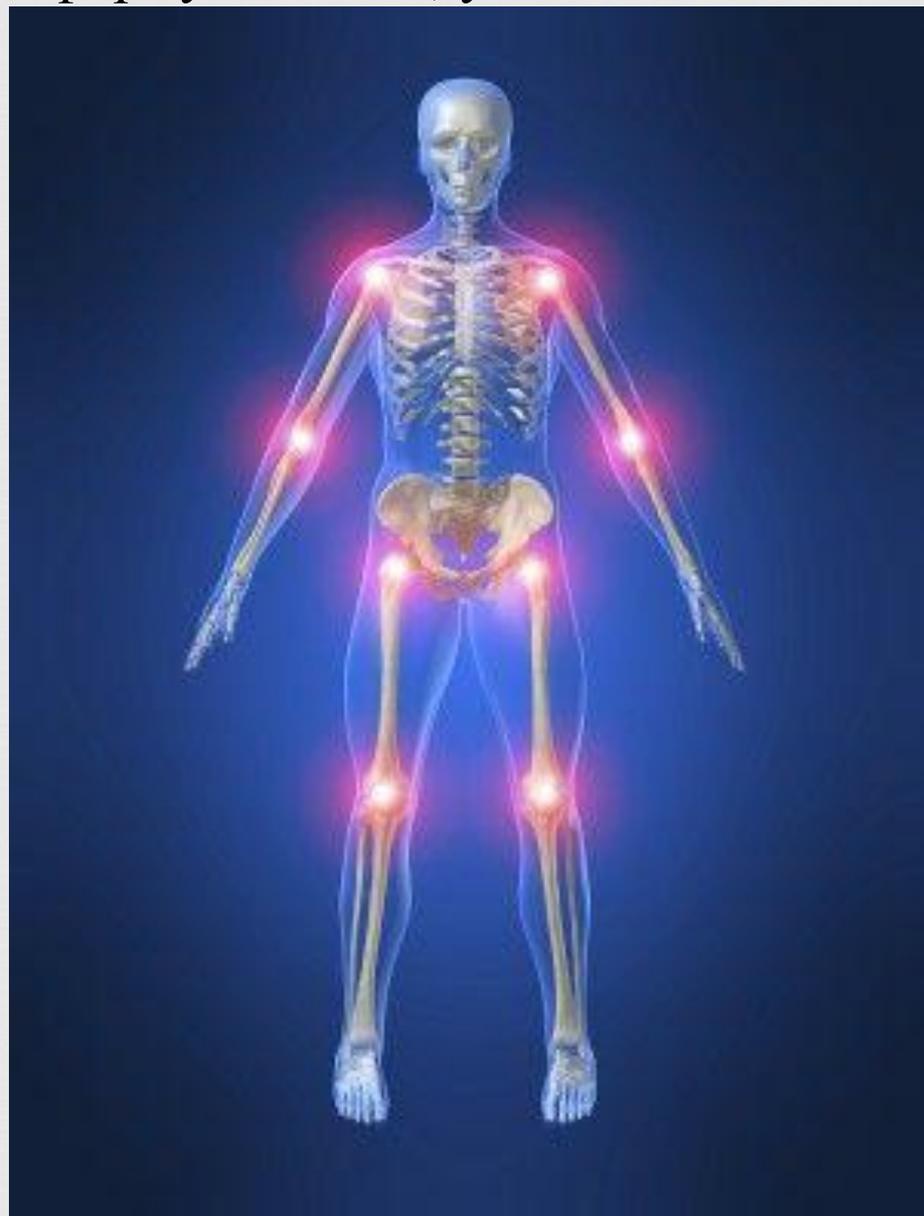
63 % постэнтероколитических РеА связаны с иерсиниозной инфекцией. Основными диагностическими признаками иерсиниозного РеА являются следующие проявления.

1. Иерсиниозный РеА чаще бывает у женщин.
2. Артрит предшествует энтероколит, который чаще проявляется кратковременной диареей, болями в правой подвздошной области (вследствие терминального илеита или мезоденита).
3. Артрит развивается через 1-2 недели после энтероколита, иногда одновременно с ним, и сопровождается уртикарными, высыпаниями на туловище, конечностях, часто в области крупных суставов, появляется узловатая эритема в области голеней.
4. Начало артрита обычно острое, локализация его преимущественно в области суставов нижних конечностей, но возможно вовлечение запястий, локтей, пальцев рук.
5. Наблюдаются тендовагиниты, в том числе ахиллова сухожилия, бурситы.
6. Возможно развитие внесуставных проявлений — эписклерита, конъюнктивита, ирита, миокардита, перикардита.

7. В остром периоде повышается температура тела до 38-39°C, наблюдается лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ.

8. Длительность артрита составляет около 4 месяцев, у 70% больных наступает полное выздоровление

9. Если артрит развился в сроки 7-14 дней от начала заболевания, то в крови определяются антитела к иерсиниям, диагностически значимыми являются титры не ниже 1:160.



Болезнь Уиппла (интестинальная липодистрофия)



Мультисистемное заболевание, развитие которого связывают с особым, пока плохо охарактеризованным микроорганизмом. Типичным проявлением болезни является синдром мальабсорбции, вследствие поражения тонкой кишки.

Клиника. Мужчины заболевают в 8-10 раз чаще женщин, средний возраст 35-60 лет. В продромальном периоде (4-6 лет) отмечаются артралгии или артрит. Характерен мигрирующий полиартрит с симметричным поражением суставов (коленных, голеностопных, лучезапястных). Атаки артрита кратковременны, но часты. Может развиваться хронический артрит, клинически напоминающий РА, но без деструкций суставов. Развернутая картина болезни включает желудочно-кишечные нарушения (стеаторея и синдром нарушенного всасывания), общие симптомы (лихорадка, ознобы, проливные поты, быстрая потеря массы тела при хорошем аппетите) и разнообразные системные проявления.

Болезнь Крона (регионарный энтерит, гранулематозный илеит) — воспалительное заболевание с вовлечением в процесс всех слоев кишечной стенки; характеризуется прерывистым (сегментарным) характером поражения различных разделов желудочно-кишечного тракта. Для него характерна диарея с примесью слизи и крови, боли в животе (часто в правой подвздошной области), потеря массы тела, лихорадка.

Язвенный колит (неспецифический язвенный колит, идиопатический колит) — язвенно-деструктивное поражение слизистой оболочки толстой кишки, которое локализуется преимущественно в ее дистальных отделах. В клинической картине характерны: кровотечения из прямой кишки, учащенное опорожнение кишечника, тенезмы; боли в животе менее интенсивны, чем при болезни Крона, локализуются чаще всего в левой подвздошной области. Примерно у 30% пациентов юношеского возраста язвенный колит начинается внезапно с появления болей в животе и диареи с примесью крови.

Патогенез суставных проявлений остается неясным. Обсуждается значение повышенной проницаемости стенки кишечника, отмечающейся у больных язвенным колитом и болезнью Крона, в результате чего в кровь в большом количестве попадают компоненты оболочки стенок бактерий. Эти компоненты выступают в качестве пептидных антигенов, способных приводить к развитию артритов. Связываясь с молекулами комплексов гистосовместимости и активируя в дальнейшем Т-лимфоциты, пептиды приводят к возникновению воспаления суставов

С точки зрения ревматолога суставные проявления ХВЗК относят к т. н. серонегативным спондилоартропатиям. Это большая гетерогенная группа клинически пересекающихся, хронических воспалительных ревматических заболеваний. Помимо артритов, связанных с воспалительными заболеваниями кишечника, в эту группу включают такие ревматические заболевания детского возраста, как ювенильный спондилоартрит, ювенильный реактивный артрит, ювенильный псориатический артрит, а также недифференцированные спондилоартропатии (дактилит, увеит, сакроилеит в отсутствие полного набора критериев).

Несмотря на гетерогенность заболеваний данной группы, клинически серонегативные спондилоартропатии имеют общие признаки и характеризуются:

- патологическими изменениями в крестцово-подвздошном отделе и/или других суставах позвоночника;
- синдромом периферической воспалительной артропатии, проявляющейся асимметричным артритом преимущественно нижних конечностей;
- энтезопатическим синдромом;
- ассоциацией с антигеном гистосовместимости HLA-B27;
- тенденцией к накоплению этих заболеваний в семьях;
- частым наличием внесуставных симптомов (поражение глаз, клапанов аорты, кожи). В МКБ-10 поражения суставов при рассматриваемых нами заболеваниях кодируются следующим образом: M07.4 Артропатия при болезни Крона (K50); M07.5 Артропатия при язвенном колите (K51).

Артриты

Клиническая картина артритов при болезни Крона и язвенном колите идентична. Характерно:

- ассиметричное, мигрирующее поражение суставов чаще нижних конечностей.
- Преимущественно страдают коленные и голеностопные суставы, далее следуют локтевые, тазобедренные, межфаланговые и плюснефаланговые суставы.
- Число пораженных суставов обычно не превышает пяти. Суставной синдром течет с чередованием периодов обострений, длительность которых не превышает 3–4 месяцев, и ремиссий.
- Могут выявляться энтезопатии, талалгии.
- Артриты, как правило, начинаются остро. Однако нередко больные предъявляют жалобы только на артралгии, и при объективном обследовании изменения не обнаруживаются.
- Со временем обострения артритов становятся реже.
- У большинства больных артриты не приводят к деформации или деструкции суставов.

Выделяют два типа поражения периферических суставов.

- ✓ Для первого характерно поражение небольшого количества крупных суставов, асимметричность суставного синдрома, острое течение. Часто при этом типе суставной синдром предшествует клинической картине основного заболевания, ассоциируется с его обострениями и сочетается с другими внекишечными проявлениями ХВЗК.
- ✓ Второй тип протекает по типу симметричного полиартрита, его обострения не совпадают по времени с обострениями основного процесса в кишечнике и другими системными проявлениями заболевания [7, 8].

Проведение колэктомии у больных язвенным колитом способствует прекращению рецидивирующих артритов

Сакроилеит

По данным рентгенологического исследования, сакроилеит обнаруживается примерно у 50% больных ХВЗК. При этом у 90% он имеет бессимптомное течение. Он не ассоциируется с повышенной частотой выявления у больных HLA-B27. Также наличие сакроилеита не коррелирует с активностью воспалительного заболевания кишечника. Существовая на протяжении нескольких лет, может быть предшественником язвенного колита или болезни Крона. Сакроилеит может быть единственной локализацией изменений со стороны суставов, но часто сочетается с первым типом течения артритов. Необходимо помнить, что сакроилеит может быть ранним симптомом анкилозирующего спондилита. Терапия кишечного синдрома не приводит к изменению клинической картины сакроилеита

Анкилозирующий спондилит

Анкилозирующий спондилит (АС) при ХВЗК клинически, как и сакроилеит, не отличается от идиопатического анкилозирующего спондилита. Чаще встречается у лиц мужского пола. По наблюдениям, у лиц женского пола поражение шейного отдела позвоночника манифестирует в более молодом возрасте и протекает тяжелее. Симптомы АС обычно предшествуют манифестации болезни Крона или язвенного колита и не коррелируют с активностью воспаления в кишечнике. Отмечаются боли в позвоночнике, чувство утренней скованности, нарастает ограничение подвижности в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника. Активная терапия основного заболевания не приводит к изменению клинической картины спондилита

Лечение

Лечение реактивного артрита проводится по двум направлениям:

1. Антибактериальная терапия.
2. Терапия суставного синдрома.

Антибактериальная терапия реактивного артрита:

- Продолжительность лечения составляет 7 дней.
- Больные хламидийной инфекцией должны быть обследованы на наличие других инфекций, передающихся половым путем.
- Рекомендуется воздерживаться от половых контактов в течение 7 дней после завершения 7-дневного курса лечения, а также до тех пор, пока все половые партнеры пациента не пройдут соответствующий курс лечения.
- Антимикробная терапия не эффективна в отношении реактивного артрита, связанного с острой кишечной инфекцией.

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

Терапия суставного синдрома

1) НПВП — оказывают симптоматическое действие: снимают боль и воспаление суставов.

- ❖ Диклофенак внутрь 2-3 мг/кг/день в 2-3 приема;
- ❖ Напроксен внутрь 15-20 мг/кг/день в 2 приема;
- ❖ Ибупрофен внутрь 35-40 мг/кг в 2-4 приема;
- ❖ Нимесулид внутрь 5 мг/кг в 2-3 приема;
- ❖ Мелоксикам внутрь 0,3-0,5 мг/кг в 1 прием.

2) Глюкокортикоиды — при тяжелом течении артрита применяются для внутрисуставного введения. Необходимым условием является исключение септического артрита.

3) Иммуносупрессоры — применяются при тяжелом и затяжном течении, появлении признаков спондилоартрита, высокой активности артрита.

- ❖ Сульфасалазин по 2 г/сут.
- ❖ Метотрексат по 7,5-15 мг/нед.
- ❖ Азатиоприн 150 мг/сут