

Реактивные артриты

Лекция

Доцент Турдалиева С.А.

Структура синовиального сустава

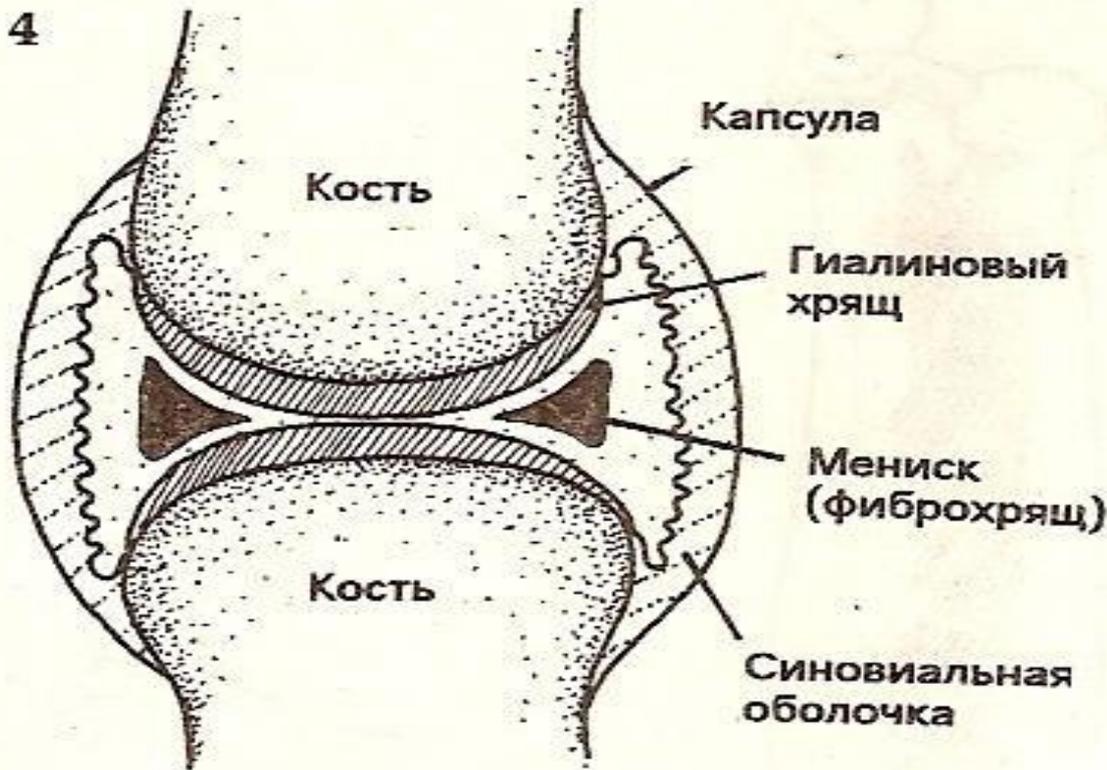


Рис. 4 Структура (схематично) синовиального сустава (диартроз).

Функции суставов

- **Сустав** – подвижное соединение костей. Характеризуется обязательным наличием сочленяющихся костных поверхностей, покрытых хрящем, суставной капсулы, формирующей суставную полость, содержащую синовиальную жидкость.
- Основные функции суставов – **двигательная** (перемещение тела) и **опорная** (сохранение положения тела)

Исследование опорно-двигательного аппарата

1. *Изучение жалоб больного*
2. *Изучение анамнеза заболевания*
3. *Объективное исследование опорно-двигательного аппарата*
4. *Объективное исследование общего состояния организма*
5. *Использование дополнительных методов исследования.*

СИМПТОМЫ

- Боль
- Скованность
- Припухлость/деформация
- Системные расстройства
- Нарушение сна

Исследование опорно-двигательного аппарата

Осмотр проводится при хорошем освещении и включает обследование больного в положении стоя, лежа, сидя и во время ходьбы. Исследуют не только сустав, на который указывает больной в своих жалобах, но и симметричный.

Форма сустава. Общеприняты три степени изменения формы суставов: припухлость, дефигурация, деформация.

Первая степень – *припухлость* суставов, характеризуется сглаженностью их контуров. Сглаженность сустава обусловлена отеком мягких периартикулярных тканей.

Исследование опорно-двигательного аппарата

Вторая степень изменения формы сустава – *дефигурация*, временное изменение формы сустава, связанное с отечностью, припухлостью или атрофией мягких тканей.

Наиболее тяжелая степень изменения формы сустава – *деформация*. Это более грубые, стойкие изменения формы сустава, обусловленные изменениями костных структур, стойкими контрактурами, повреждениями мышечно-связочного аппарата, подвывихами и вывихами.

2. Пальпация, двупальцевое, двуручное исследование.

Пальпация суставов позволяет выявить:

- - гипертермию;
- - болезненность (чувствительность);
- - припухлость;
- - скопление жидкости;
- - наличие уплотнений и узелков в мягких тканях и увеличенных бурс;
- - болезненность по ходу сухожилий и в местах их прикрепления к костям.

Исследование опорно-двигательного аппарата

- Амплитуда движений и измерение окружности суставов.
- Активные и пассивные движения. **Пассивные движения** определяются при полном мышечном расслаблении больного. При пассивных движениях можно выявить переразгибание суставов или отметить объем движений в суставе, в котором активные движения по какой-то причине затруднены.
- **Активные движения** производит сам больной, сгибая и разгибая суставы.

Исследование опорно-двигательного аппарата

Формы нарушения подвижности в суставах:

- Преходящая скованность (тугоподвижность)
- Контрактуры (внесуставные, суставные)
- Анкилоз (костный, фиброзный)

Исследование опорно-двигательного аппарата

В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации ревматологов **артрит** определяется как наличие отёка и ограниченной подвижности в суставе в сочетании с гиперемией, болью или болезненностью при движении.

Исследование опорно-двигательного аппарата

Полиартрит — это явный воспалительный процесс (отек, болезненность, повышение локальной температуры) в 5 суставах и более, выявляемый при объективном обследовании. Поражение 2-4 суставов называется **олигоартритом**. Заболевания с острым поражением нескольких суставов и хронические воспалительные заболевания часто проявляются полиартритом.

Исследование опорно-двигательного аппарата

Полиартралгией называется наличие болей в 5 суставах и более при отсутствии объективных признаков воспаления.

Диффузные боли исходят из суставов, костей, мышц и других мягких тканей и имеют нечеткую локализацию. При обследовании суставов не обнаруживаются признаки воспалительного процесса.

Характер болевого синдрома

- Воспалительный – боль более выражена в покое или боль более сильная в начале движения, чем в конце; суставы больше болят утром или во вторую половину ночи (характерный признак для РА, болезни Рейтера, реактивных артритов);
- Механический – боль связана с движениями в суставе: чем больше больной ходит, тем сильнее боль (характерно для остеоартроза);
- Постоянный – боли выраженные, изматывающие, резко усиливающиеся ночью (связаны с остеодеструкциями и некрозом кости и сопровождаются внутрикостной гипертензией).

Характер болевого синдрома

- Локализация боли, ее иррадиация;
- Распространенность поражения;
- Симметричность поражения суставов;
- Какой сустав был поражен в дебюте заболевания;
- Наличие воспалительных признаков: общих и местных;
- Есть ли боль при движениях и пальпации, ограничение движения в суставах из-за болей;
- Интенсивность боли по оценке больного: слабая, умеренная, сильная;
- Условия возникновения боли – в покое, при движении, днем, ночью; важно установить факторы, уменьшающие или усиливающие боль.

Типы поражения суставов

1. Мигрирующий (летучий) тип. Клинические поражения суставов существуют несколько дней, затем исчезают и возникают уже в других суставах (н-р ревматизм, гонококковый артрит)
2. Суммационный тип (последовательное присоединение). Клинические проявления поражения нескольких суставов сохраняются с последующим вовлечением в процесс других суставов (н-р РА, СКВ).
3. Интермиттирующий (перемежающийся) тип характеризуется повторными приступами острого полиартрита с полной ремиссией между приступами (подагра, псориатический артрит)

Методы лабораторной диагностики

- Общий анализ крови: гемоглобин, лейкоцитарная формула, СОЭ
- - Биохимическое исследование крови: креатинин, мочеви́на, КФК, мочева́я кислота, альдолаза, аминотрансферазы, щелочная фосфатаза, острофазовые показатели, СРБ
- - Посев крови
- - Исследование крови на ревматоидный фактор, антинуклеарные антитела (основной тест для системной красной волчанки), антитела к нативной ДНК, ЦИКи
- - Серологические исследования для определения возбудителя эпидемического полиартрита, краснухи, лаймской болезни, гепатита В

Методы лабораторной диагностики

- Исследование крови на антитела к ВИЧ
- Определение титров антистрептолизина О, антиДНКазы В и антигиалуронидазы, реакции определения антител после перенесенных инфекций: реакция Вассермана, реакция связывания комплемента с туберкулезным, псевдотуберкулезным, иерсиниозным, шигеллезным и другими антигенами, HBs-антигенами, гонококковым (реакция Борде-Жангу) и бруцеллезным (реакция Райта-Хеддльсона) антигенами, титр антихламидийных антител.

Методы лабораторной диагностики

- Иммунологическое исследование крови
IgG, IgM, IgA;
- Общий анализ мочи: белок, эритроциты, глюкоза
- Исследование суточной экскреции мочевой кислоты
- Исследование синовиальной жидкости, в том числе посев

Инструментальные методы исследования

- - Рентгенография суставов
- - Артроскопия и биопсия
- - Сцинтиграфия костей

Реактивные артриты

Реактивные артриты – иммунновоспалительное заболевание суставов, которое возникает одновременно с инфекционным процессом или вскоре после него и является системным клиническим проявлением этой инфекции.

Реактивный артрит



Классификация

- *По этиологии*
- постэнтероколитические (после перенесенной иерсиниозной, сальмонеллезной, кампилобактерной и шигеллезной инфекции);
- урогенитальные (*Chlamidia trachomatis*);

- *По течению:*
- острые (длительность первичной суставной атаки до 2 месяцев);
- затяжные (до 1 года);
- хронические (свыше 1 года);
- рецидивирующие (при развитии суставной атаки после ремиссии заболевания длительностью не менее 6 месяцев);

Классификация

По степени активности

- ▪ Низкая (I);
- ▪ Средняя (II);
- ▪ Высокая (III);
- ▪ Ремиссия (0);

По степени функциональной недостаточности суставов (ФНС):

- I - профессиональная способность сохранена
- II - профессиональная способность утрачена
- III - утрачена способность к самообслуживанию

Классификация

В группу артритов, связанных с инфекцией, относятся заболевания, развившиеся после:

- ■ Носоглоточной инфекции;
- ■ Вирусных инфекций;
- ■ Уреаплазменной, микоплазменной, кластридиальной, боррелиозной и других инвазий.

Инфекционно-аллергический артрит (полиартрит)

Острое, рецидивирующее заболевание, возникающее вследствие повышенной чувствительности организма к определенному инфекционному возбудителю (стрептококк, стафилококк).

Заболевание чаще встречается у женщин, преимущественно молодого возраста.

Этиология и патогенез. Существует связь возникновения артрита с перенесенной (чаще стрептококковой) острой инфекцией верхних дыхательных путей.

Для реализации действия инфекционного возбудителя необходимы условия: специфическая аллергия к данному возбудителю, нарушение иммунологических защитных механизмов, нейрогормональные отклонения, наследственность.

Клинические проявления

Заболевание развивается спустя 10-15 дней после острой инфекции верхних дыхательных путей (острая ангина, фарингит, бронхит). Возникает острое или подострое воспаление суставов. Боли, припухлость, гиперемия, повышение местной температуры нарастают в течение 2-3 дней. Иногда появляется ограничение в суставах из-за болей. Наблюдается полиартрит, причем в патологический процесс часто вовлекаются голеностопные и коленные суставы. Под влиянием противовоспалительной терапии быстро происходит обратное развитие процесса, полностью нормализуются форма и размеры суставов, восстанавливается функция. После исчезновения артрита каких – либо фиброзных изменений клинико-рентгенологически не наблюдается.

Продолжительность артрита 1-2 мес, однако у некоторых больных он сохраняется и более 6 месяцев.

Диагностика

- Лабораторные исследования. При клиническом анализе крови в период рецидива увеличение СОЭ до 25-30 мм/ч. Биохимически выявляются СРБ, увеличение содержания α_2 и γ -глобулинов, АСЛ-О.
- Для диагностики инфекционно-аллергического полиартрита особенно важен анамнез: начало заболевания после острой респираторной инфекции, быстрое нарастание воспалительных признаков. Артрит - рецидивирующий, кратковременный, доброкачественный. Вскоре после противовоспалительного лечения или без него наступает обратное развитие воспалительного 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.

Артрит при иерсиниозе

Иерсиниоз – инфекционное заболевание, вызванное грамотрицательной палочкой. Возбудителем является *Y. Enterocolitica*, встречается у домашних животных (кролики, собаки, кошки, свиньи, коровы, лошади), грызунов (крысы, мыши), от которых инфекционный возбудитель передается человеку через овощи, фрукты, молочные продукты, воду. Передача инфекции от больного человека происходит орально-фекальным способом. Иерсиниозный энтероколит возникает у лиц любого возраста, включая детей и пожилых людей. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой, но артрит встречается чаще у женщин.

Клинические проявления

Начало заболевания острое или подострое с развитием общей слабости, тошноты, болей в животе, диареи, озноба, повышения температуры тела и других явлений, напоминающих дизентерию, пищевую токсикоинфекцию. В крови отмечается лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Внесуставные проявления - эписклерит, конъюнктивит, ирит. Иногда появляется кожная сыпь, как при краснухе и скарлатине, с последующей пигментацией, узловатая эритема.

Поражение суставов преимущественно нижних конечностей протекает с острыми воспалительными признаками, а также в форме хронического артрита. Имеется тенденция к поражению крестцово-подвздошных суставов, крупных суставов нижних конечностей.

Длительность артрита колеблется от 2 нед до 1,5 лет, составляя в среднем 4,5 мес. В большинстве случаев наступает полное обратное развитие артрита, у многих больных сохраняются артралгии.

Рентгенологически изменений суставов не выявляется.

Неспецифический язвенный колит

Хроническое воспалительное заболевание толстой кишки невыясненной этиологии, характеризующееся геморрагическим гнойным воспалением с развитием местных и системных отложений. Заболевание начинается с поражения прямой или сигмовидной кишки, впоследствии переходя на другие отделы кишечника.

На связь артрита с язвенным колитом указывает :

- 1) воспаление суставов возникает на фоне колита, чаще всего в период обострения;
- 2) наблюдается параллелизм клинического течения артрита или колита;
- 3) после успешного (хирургического) лечения язвенного колита наступает ремиссия артрита;
- 4) осложнение язвенного колита часто сопровождается появлением артрита или его обострения

Клиническая картина

Одним из проявлений НЯК является мигрирующий артрит крупных суставов (плечевых, тазобедренных). Воспалительный процесс в суставе имеет стойкий характер, но не приводит к фиброзным изменениям и контрактурам. Спондилит и сакроилеит предшествуют развитию воспаления в кишечнике. Начало заболевания малосимптомно. Постепенно нарастают боли и скованность в крестцово-подвздошной области, в грудном отделе позвоночника. Боли и утренняя скованность сохраняются в покое. Течение спондилита приводит к неподвижности позвоночника.

Сакроилеит при НЯК двусторонний. Рентгенологически проявляется раньше, чем спондилит и характеризуется разной степенью выраженности, вплоть до анкилозирования крестцово-подвздошных суставов.

Болезнь Крона (терминальный илеит)

Хроническое неспецифическое трансмуральное гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта, распространяющееся иногда на брыжейку, регионарные лимфатические узлы. Чаще всего поражается терминальный отдел тонкой кишки.

Для заболевания характерно:

- острое начало; в дебюте поражается обычно один сустав, чаще коленный или голеностопный с одной стороны. В течение последующих дней в процесс вовлекаются другие суставы – симметрично коленные или голеностопные, плечевые или локтевые.
- Артрит носит мигрирующий характер, не приводит к стойким деформациям и контрактурам.
- Артрит крупных суставов сопровождается узловатой эритемой.
- Поражение глаз в виде конъюнктивита и эписклерита Глазные симптомы стихают при ремиссии или при успешном лечении болезни Крона.

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 деструкции 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.

Лаймская болезнь

Инфекционное мультисистемное заболевание. Возбудитель болезни – спирохета *Borrelia burgdorferi*. Самый крупный вид спирохет, способных вызвать большие иммунологические нарушения. Переносчиками спирохеты являются вши и клещи, укусы которых безболезненны. Спирохета распространяется гематогенным путем, может быть выделена из первичного или вторичного очага поражения.

Клиника

- Гиперемия на месте укуса клеща. Клещевая мигрирующая эритема является одним из типичных признаков болезни и служит основным клиническим маркером, однако встречается только в 50-80% случаев.
- В ранней стадии - общая слабость, лихорадка, головная боль, боли в спине, боли в горле, лимфаденопатия, увеличение селезенки. Эпизодически появляются боли в крупных суставах.
- Во второй стадии болезни наиболее часто диагностируется асептический менингит, краниальные невриты (типичен двусторонний паралич лицевых нервов).
- Поражение сердца развивается через несколько недель от начала болезни. Выявляется нарушение атриовентрикулярной проводимости, блокада пучков Гиса.
- Воспаление суставов является типичным проявлением лаймской болезни. В раннем периоде наблюдаются мигрирующие артралгии, миалгии и оссалгии. Боли длятся от нескольких часов до нескольких дней в одном или двух суставах. Артрит имеет доброкачественное течение с последующим полным выздоровлением.

Диагностика

При отсутствии типичной клещевой эритемы диагноз устанавливается при сочетании следующих синдромов болезни при обязательном лабораторном подтверждении боррелиозной инфекции:

- 1) поражение нервной системы в виде серозного менингита, периферических невритов черепных нервов;
- 2) поражение суставов по типу моно- или олигоартрита рецидивирующего или хронического характера;
- 3) поражение сердца: нарушение проводимости по типу AV-блокады II или III степени или миоперикардит;
- 4) единичная лимфоцитома мочки уха или соска молочной железы;
- 5) хронический атрофический акродерматит.

Урогенные артриты

К урогенным относят артриты, вызванные микробной инфекцией (гонококк), хламидии, а также их сочетанием с другими инфекционными возбудителями (гонококки и трихомонады, гонококки и вирусная инфекция).

Артриты, вызванные сочетанной урогенной инфекцией, имеют ряд клинических особенностей и трудно поддаются антибактериальной терапии.

Урогенные артриты

Болезнь Рейтера.

Клинические проявления – классическая «триада»:

1. Уретрит (простатит у мужчин, цервицит у женщин)
2. Артрит с асимметричной локализацией в суставах ног.
3. Глазные симптомы (конъюнктивит, передний увеит)

Клинические проявления

Поражаются суставы нижних конечностей (коленные, голеностопные). Явления артрита могут сохраняться от нескольких дней до нескольких недель. У большинства больных артритом имеет место рецидивирующее течение.

Возможно развитие лихорадки, поражение глаз, перемежающихся выделений из уретры. Характерно поражение кожи и слизистых оболочек. Рано возникает выраженная атрофия мышц, так что этот признак может быть использован для дифференциальной диагностики.

Клинические проявления

Особенности поражения отдельных суставов

Крестцово-подвздошное сочленение – характерный клинический симптом болезни Рейтера. Для сакроилеита характерны две особенности:

- 1) одностороннее поражение
- 2) выявляется в два раза чаще при рентгенологическом исследовании, чем клинически.

Межпозвонокковые суставы – локальный характер поражения позвоночника при болезни Рейтера и отсутствие грубых, распространенных деформаций.

Клинические проявления

Уретрит – воспаление слизистой оболочки мочеиспускательного канала, обусловленное патогенными микроорганизмами или неинфекционными факторами.

Критерий уретрита – наличие > 4 полиморфноядерных клеток в поле зрения, окрашенного по Грамму эндоуретрального препарата или более 15 таких клеток в поле зрения в осадке первой порции мочи, собранной по меньшей мере через 4 часа после предыдущего мочеиспускания. При отсутствии клинических проявлений проводится уретроскопия. Если у больного реактивным артритом нет хронического простатита, достоверность диагноза болезни Рейтера может быть подвергнута сомнению.

Клинические проявления

Поражение глаз при болезни Рейтера – **конъюнктивит**, кератит (редко), ирит, увеит. Конъюнктивит обычно бывает двусторонним, катаральным, слабовыраженным, эфемерным (длится 1-2 дня, поэтому не упоминается больными или просто просматривается врачом).

Поражение кожи, воспаление слизистой оболочки полости рта, щек, языка сопровождается появлением маленьких пузырьков с последующим образованием язвочек.

Диагностика

Диагноз синдрома Рейтера устанавливают на основании следующих признаков:

- 1) наличия хронологической связи между мочеполовой или кишечной инфекцией и развитием симптомов артрита или конъюнктивита, а также поражений кожи и слизистых оболочек;
- 2) молодого возраста заболевших;
- 3) острого несимметричного артрита преимущественно суставов нижних конечностей;
- 4) симптомов воспалительного процесса в мочеполовом тракте и обнаружения хламидий (в 80-90% случаев) в соскобах эпителия мочеиспускательного канала.

Гонококковый артрит

Клиническая картина.

Клинические проявления развиваются через 7-30 дней после инфицирования, причем у женщин это осложнение начинается вскоре после менструации или у беременных. Клиническими проявлениями гонококковой инфекции являются лихорадка, теносиновиты, артриты и кожные сыпи.

Гонорейный теносиновит кистей и стоп вызывает асимметричное припухание мягких тканей с гиперемией кожи над ним. Теносиновиты сочетаются с характерными кожными высыпаниями – геморрагически-пустулезная сыпь на дистальных участках конечностей и вблизи пораженных суставов. Сыпь держится 4-5 дней. После нее может остаться нестойкая пигментация.

Клиническая картина

- артралгия, припухание и гиперемия периартикулярных тканей.
- кожные высыпания
- часто удается выделить гонококки в посевах крови.
- вовлекаются два сустава и более, причем чаще крупные суставы нижних конечностей, сопровождающиеся умеренной или выраженной лихорадкой.
- характерны боли в суставе, усиливающиеся при движении, признаки острого воспаления (горячая и гиперемированная кожа над суставом, припухлость). Гонорейное воспаление сустава, если не проводится лечение антибиотиками, довольно быстро, особенно у детей, приводит к деструкции суставных поверхностей с последующим анкилозом.

Диагностика

Основные диагностические признаки гонококкового артрита:

- острый моноартрит нижних конечностей у больного гнойным уретритом,
- положительная реакция Борде-Жангу,
- обнаружение гонококка в мочеполовых органах, мазках и посевах, в синовиальной жидкости или в крови.

Диагностические критерии РеА

- Развитие заболевания преимущественно у лиц молодого возраста (25-40 лет);
- Более частое развитие РеА у лиц мужского пола;
- Хронологическая связь заболевания с урогенитальной или кишечной инфекцией (спустя 1-6 недель после ее клинических проявлений);
- Асептический асимметричный артрит с предпочтительной локализацией в суставах нижних конечностей и частым вовлечением в процесс сухожильно-связочного аппарата

Диагностические критерии РеА

- Характерными являются внесуставные проявления – кератодермия, афтозный процесс в полости рта;
- Серонегативность (отсутствие в сыворотке крови ревматоидного фактора);
- Частое вовлечение в патологический процесс подвздошно-крестцовых сочленений и позвоночника;
- выявление с помощью бактериологических, серологических, культуральных, иммунологических и молекулярно-биологических методов исследования причинных микроорганизмов или их антигенов.

Критерии реактивных артритов

Большие критерии

- 1. Артрит (должно быть не менее двух из представленных критериев):
 - асимметричный
 - в варианте моно- или олигоартрита
 - нижних конечностей
- 2. Клиника предшествующей инфекции (за 1-6 недель до артрита) – уретрит, энтерит

Малые критерии

- 1. Доказательства роли инфекции (должен быть хотя бы один из представленных критериев):
 - для *C. trachomatis* – положительный результат в исследуемом материале (соскоб из уретры/цервикального канала) или ПЦР-анализа (в моче);
 - для энтеробактерий – положительная копрокультура
- 2. Доказательство персистирующей инфекции в суставе: ПЦР для *C. Trachomatis*

Определенный РеА: два больших критерия и один малый

Возможный РеА: два больших критерия или первый большой и один/два малых

Дифференциальная диагностика Ревматоидный артрит

Диагностика РА основывается на клинических данных и анализе рентгенограмм. Диагностическими симптомами РА являются утренняя скованность суставов не менее 1 часа, симметричность поражения суставов, типичная рентгенологическая картина, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, анемия, повышение уровня сиаловых кислот, С-реактивного белка, фибриногена, глобулинов крови, наличие диагностических титров ревматоидного фактора у 60-80 % больных (серо-позитивный вариант РА), повышение уровней IgA, IgM, IgG (более характерно увеличение содержания IgG), цитокинов (интерлейкина-1, фактора некроза опухолей), а также циркулирующих иммунных комплексов. На рентгенограммах суставов больных РА - остеопороз, кистовидная перестройка костной ткани, сужение суставных щелей, краевая узурация и анкилозы.

Дифференциальная диагностика

Ревматический артрит.

Основными симптомами ревматического артрита являются:

- острое начало после ангины у детей и подростков, лихорадка,
- боли в суставах, припухлость, ограниченность движений, возможно повышение температуры и покраснение кожи над ними. Артрит нестойкий, «переходящий» с одного сустава на другой, рецидивирующий.
- Ревматический артрит отличается вовлечением в процесс крупных и средних суставов, чаще всего коленных и голеностопных, симметричностью поражения, летучестью, быстрым обратным развитием патологического процесса и отсутствием изменений в суставах после устранения признаков воспаления. Ревматический артрит чаще всего сочетается с кардитом.

Дифференциальный диагноз

Болезнь Бехтерева – хроническое прогрессирующее заболевание позвоночника и суставов. Заболевание развивается преимущественно у молодых мужчин.

Основные симптомы :

- боль воспалительного характера в пояснично-крестцовой области, не проходящая в покое, облегчающаяся при движении и длящаяся более 3 мес;
- чувство скованности в пояснично-крестцовом отделе позвоночника;
- доброкачественный, рецидивирующий моноолигоартрит нижних конечностей у лиц молодого возраста;
- клинические признаки сакроилеита;
- поражение грудинноключичных и грудиннореберных суставов;
- ирит, иридоциклит в анамнезе;
- признаки двустороннего сакроилеита (на рентгенограмме)

Дифференциальный диагноз

Основные признаки подагры:

- - острый артрит нижних конечностей с поражением I пальца стопы, имеющий рецидивирующее течение;
- - тофусы в области ушной раковины или около суставов;
- - увеличение количества мочевой кислоты в сыворотке крови;
- - кристаллы мочевой кислоты в синовиальной жидкости;
- - повышение содержания мочевой кислоты в суточной моче;
- - симптом «пробойника» на рентгенограммах суставов

Лечение

Основу терапии реактивных артритов составляют :

- антибактериальные средства,
- нестероидные противовоспалительные препараты,
- глюкокортикостероиды,
- сульфасалазин
- иммунодепрессанты из группы цитостатиков.

Лечение

Местная терапия

- Внутрисуставное введение препаратов.
- Аппликации ДМСО, НПВП и финалгона;
- Физиотерапевтические процедуры:
 - Ультрафиолетовое облучение суставов (УФО);
 - Фонофорез гидрокортизона местно на суставы;
 - Магнитолазеротерапия;
 - Парафино- и озокеритолечение;
 - Лечебная физкультура, массаж