

Реактивний артрит

Доктор медичних наук, професор
Мороз Г.З.

Реактивні артрити – це гострі негнійні артрити, які розвиваються у відповідь на позасуглобову інфекцію, у разі якої етіологічний агент не може бути виділений із суглоба на звичайних живильних середовищах

- **До РеА- відносять тільки захворювання, які пов'язані з кишечною та сечостатевою інфекціями, які асоціюються з антигеном гістосумісності HLA-B27 і включені в розряд серонегативних сконділоартропатій. Розглядаються дві групи РеА: постентероколітичні (збудники: ієрсинія, сальмонела, кампілобактер, клостридія) і урогенітальні (збудники: хламідія, уреоплазма, а також асоційовані з ВІЧ-інфекцією).**

Термін “РеА” був запропонований фінськими дослідниками в 1969 році, які вперше описали гострий артрит при ієрсиніозному ентероколіті.

РеА часто називають хворобою Рейтера (від прізвища Ганса Рейтера, який у 1916 році описав у офіцера прояви дизентерії з артритом і кон’юктивітом).

Точніше можна визначити, що хвороба Рейтера це один з варіантів перебігу реактивних артритів, у разі якого артрит супроводжується кон’юктивітом і уретритом або кишечними розладами.

- Хворіють в основному люди молодого, працездатного віку, хвороба схильна до хронічного рецидивуючого перебігу та інвалідизації. В 15% РеА призводить до інвалідності, в тому числі у 15-30% розвивається хронічний артрит, а у 3% - серйозні системні ускладнення

Сучасні погляди на етіологію та патогенез

- Провідна роль у розвитку РеА належить імунозалежним процесам : імуногенетичним та імунозапальним.
- РеА виникає у разі генетичної схильності як результат вираженої імунної відповіді на мікробні антигени, які циркулюють в крові й персистують в синовіальній рідині й тканинах суглобу. В синовіальній рідині й синовіальній оболонці виявлені антигени ієрсиній, сальмонел, хламідій.
- Тісний зв'язок РеА з антигеном HLA-B27 вказує на важливу роль генетичного фактора в походженні захворювання
- Розвиток хронічного запального процесу у разі РеА часто супроводжується хронічною герпетичною інфекцією.

Характеристика основних клінічних проявів в залежності від етіології

Постентероколітичний РеА

- поява через 2-4 тижня після діареї;
- переважно гострий характер суглобового запалення;
- асиметричне ураження суглобів;
- переважне залучення у процес великих і середніх суглобів;
- частіше ураження суглобів нижніх кінцівок;
- оліго- або поліартрит;
- наявність бурситів, тендовагінітів;
- торпідність суглобового синдрому

Ієрсініозний РеА

- частіше виникає у жінок;
- через 1-3 тижні після ентероколіту або одночасно ;
- супроводжується характерними дерматологічними симптомами: уртикарна, макулопапульозна висипка на тулубі, кінцівках і ділянках великих суглобів, вузлувата еритема в області гомілок;
- початок гострий (підвищення температури тіла до 38-39° С), в основному вражаються суглоби нижніх кінцівок, але можуть бути залучені зап'ястки, лікті, пальці рук;
- тендовагініти (часто ахілова сухожилка), бурсити;
- епісклерит, кон'юктивіт, ірит; можуть бути міокардити, перикардити;
- триває біля 4 місяців, повний зворотній розвиток спостерігається у 70%, у 30% розвивається хронічний серонегативний неерозивний артрит великих і середніх суглобів та/або поступово прогресує сакроілеїт.

Хламідійний РеА

- поява артриту може супроводжуватися підвищенням температури до 39-40° С;
- суглобовий синдром звичайно починається з поліартриту, рідше – з олігоартриту або моноартриту різного ступеня тяжкості;
- асиметричне враження, виражена ексудативна реакція;
- частіше вражаються гомілковостопні, колінні, кульшові суглоби, можуть бути залучені ліктьові та плечові суглоби;
- характерне висхідне втягнення суглобів: починаючи від пальців стоп (дактиліт) до колінних суглобів, далі – кульшові, ліктьові та інші;
- шкіра над ураженими суглобами гаряча на дотик, характерна гіперемія шкіри;
- часто спостерігається ранкова скутість, біль у спині після довготривалого відпочинку;
- виникають п'яткові фасціїти та тендовагініти гомілковостопних суглобів, п'яткові шпори, що утруднюють ходу;

Реактивний артрит

Дактиліт



Реактивный артрит



Тендовагініт



спостерігається болючість при пальпації місць прикріплення зв'язок до кісток; при тривалому враженні великих суглобів розвивається атрофія оточуючих м'язів, яка при адекватній терапії може повністю зникнути;

- з очних симптомів частіше спостерігається кон'юктивіт (однобічний або двобічний), рідше – ірит, іридоцикліт, увеїт або епісклерит;
- шкірні прояви у вигляді бленорагічної кератодермії, гіперкератоз шкіри, дистрофія нігтів, періоніхіальні зміни, псоріазоподібні висипання на слизових оболонках;
- урогенетальні прояви: у чоловіків частіше спостерігається баланіт, баланопостит, уретрит, цистит, простатит, у жінок – ендocerвіцит, аднексит, пієлонефрит;
- вісцеральні прояви: ураження серцево-судинної системи (аритмії, блокади, пролапс мітрального клапану, розрив хорд, розширення гирла аорти, міокардит або ендокардит, що призводить до недостатності аортального клапану); ураження шлунково-кишкового тракту (абдомінальні болі, діарея, проктит,

Бленорагічна кератодермія



Дистрофія нігтів, періоніхіальні зміни



Кератодермія та псоріазоподібні висипання при хворобі Рейтера



Діагностичні критерії РеА, які запропоновані німецькою ревматологічною спілкою (1995)

1. Типове враження суглобів (периферичне, асиметричне (рідше-симетричне), олігоартикулярне, нижніх кінцівок, особливо колінних та голіностопних).
2. Типовий анамнез (діарея, уретрит) та/або клінічні прояви інфекції вхідних воріт.
3. Пряме визначення збудника в вхідних воротах (наприклад, зіскоб із уретри на хламідії).
4. Визначення специфічно аглютинуючих антитіл з достовірним підвищенням титрів, наприклад, по відношенню до ентеропатичного збудника.
5. Наявність HLA-B27 антигену.
6. Визначення субстрату збудника шляхом полімеразної ланцюгової реакції або специфічних моноклональних антитіл.

Достовірний РеА -при наявності критеріїв 1 плюс 3 або 4, або 6.

Вірогідний - при наявності критерію 1 плюс 2 та/або плюс 5.

Можливий РеА -при наявності критерію 1.

Диференційна діагностика

- Гнійні артрити - необхідно провести дослідження синовіальної рідини.
- При гострому перебігу урогенітального артриту з лихоманкою необхідно виключити гонококовий артрит – визначення гонококів в синовіальній рідині, крові).
- РеА може симулювати подагру , особливо коли першими клінічними проявами є сосископодібна дефігурація I пальця стопи.
- Особливу значущість мають питання диференціальної діагностики з ревматизмом, враховуючи з одного боку збільшення за останні роки частоти субклінічних форм ревматизму, а з іншого можливість враження міокарду при деяких формах РеА.
- Нерідко клінічно буває важко відрізнити ревматоїдний артрит від реактивного.

Принципи лікування

Лікувальні заходи при РеА включають:

- санацію вогнища інфекції;
- лікування запального процесу;
- корекцію імунного стану;
- реабілітацію.

Доцільним є раннє призначення антибіоткотерапії тригерних мікроорганізмів.

Курс лікування антибіотиками триває **не менше 4 тижнів** з бактеріологічним контролем через 1-3 міс. після його закінчення

Препаратами вибору у разі хламідійної інфекції є макроліди: азитроміцин – 0,5 г/д; кларитроміцин - 0,5 г/д , еритроміцин –2,0 г/д. Препарати тетрациклінового ряду - доксициклін – 0,3 г/д; та похідні фторхінолонів - офлоксацин – 0,6 г/д; ломефлоксацин – 0,4-0,8 г/.

Основною умовою санації урогенітальних форм РеА є одночасна курація статевих партнерів.

- Для лікування запального процесу в суглобах широко застосовуються НПЗП: німесулід – 200 мг/д, диклофенак натрію 150-200 мг/д, кетопрофен 400 мг/д та ін.
- Якщо НПЗП є неефективними, то призначають препарати другої лінії, до яких належать кортикостероїди, цитостатики, сульфосал іцилові препарати
- При гострих РеА з вираженим ексудативним процесом доцільним є введення кортикостероїдів пролонгованої дії внутрішньосуглобово: дипроспан, або депомедрол, або кеналог 40.

Профілактика

Методи профілактики РеА включають перш за все профілактику й своєчасне лікування тригерних інфекцій – шлунково-кишкових та уrogenітальних.

- Особливе значення на сучасному етапі має профілактика хламідіозу.
- Основним методом профілактики хламідіозу, як і інших захворювань, що передаються статевим шляхом, є використання бар'єрних методів, а саме застосування презервативів.