

АО «Медицинский университет Астана»

# Реактивные артриты



Выполнила: Уналбаева М.М

Проверила: Карина К.К

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



Входят в группу спондилоартритов, что связано с поражением позвоночно-крестцового сочленений и позвоночника, развиваются преимущественно у генетически предрасположенных лиц (носителей HLA-B27.)

# Классификация

## По этиологии

- Артриты урогенитального происхождения;
- Артриты, связанные с кишечными инфекциями (*Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Salmonella enteritidis*, *S. typhimurium*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella flexneri*);
- Артриты, вызванные другими инфекциями (вирусами, бактериями, спирохетами);
- Септические артриты.

## По течению:

- острые (длительность первичной суставной атаки до 2 мес.);
- затяжные (до 1 года);
- хронические (свыше 1 года);
- рецидивирующие (при развитии суставной атаки после ремиссии заболевания длительностью не менее 6 мес.);

## 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 согласно МКБ-10**

М 00-М03 Инфекционные артропатии;

М 02 реактивные артропатии;

М 02.0 артропатия, сопровождающая шунт кишечника;

М 02.1 постдизентерийная артропатия;

М 02.2 постстимунизационная артропатия;

М 02.3 болезнь Рейтера;

## **Образец формулировки диагноза**

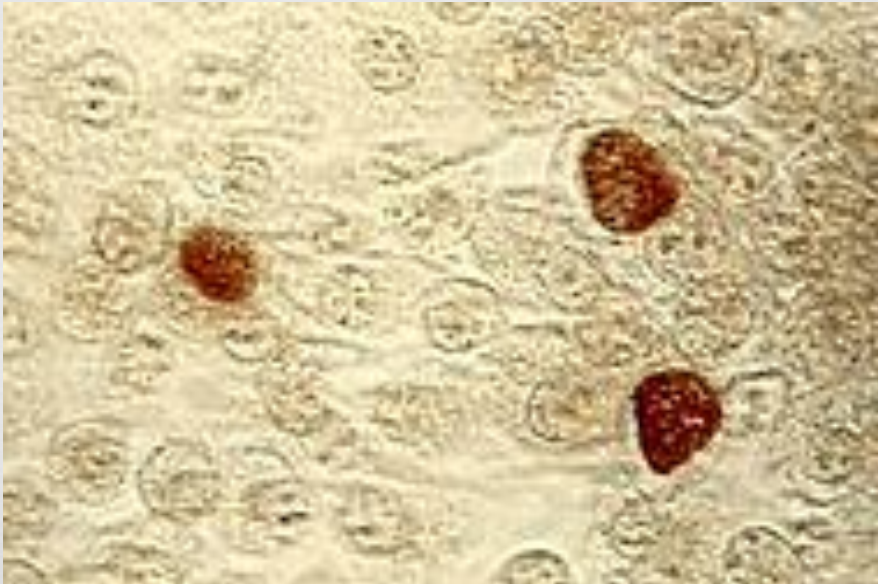
Реактивный артрит, урогенитальный (хламидийный), с преимущественным поражением коленного и голеностопного сустава, одностороннее сакроилеит, активная фаза, активность III, II рентгенологическая стадия, ФН II ст.



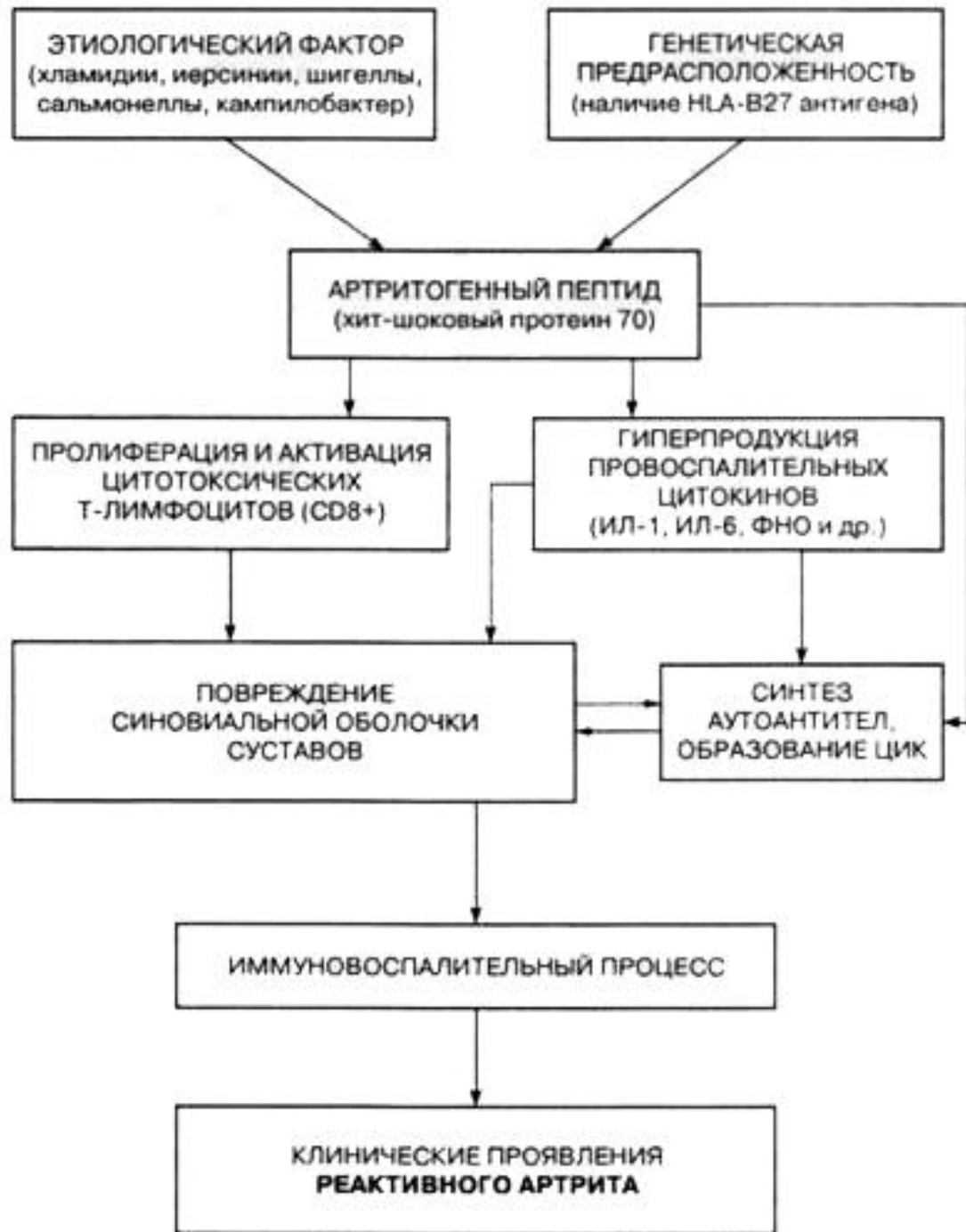
## Этиология

В зависимости от этиологии различают две группы РеА:

- ❑ постэнтероколитические (возбудители: *Yersinia enterocolica*, *Yersinia tuberculosis*; *Salmonella thyphimurium*; *Salmonella enteritidis*, *Shigella Flexneri*; *Campilobacter jejuni*; при остром иерсиниозе РеА развивается в 20%, при сальмонеллезе — в 2-7.5%, при шигеллезе — в 1.5%, при кампилобактериозе — менее чем в 1% случаев.
- ❑ урогенитальные (возбудители: *Chlamydia trachomatis*; уреаплазма; а также ассоциированные с ВИЧ-инфекцией).



*Chlamydia trachomatis* x 180

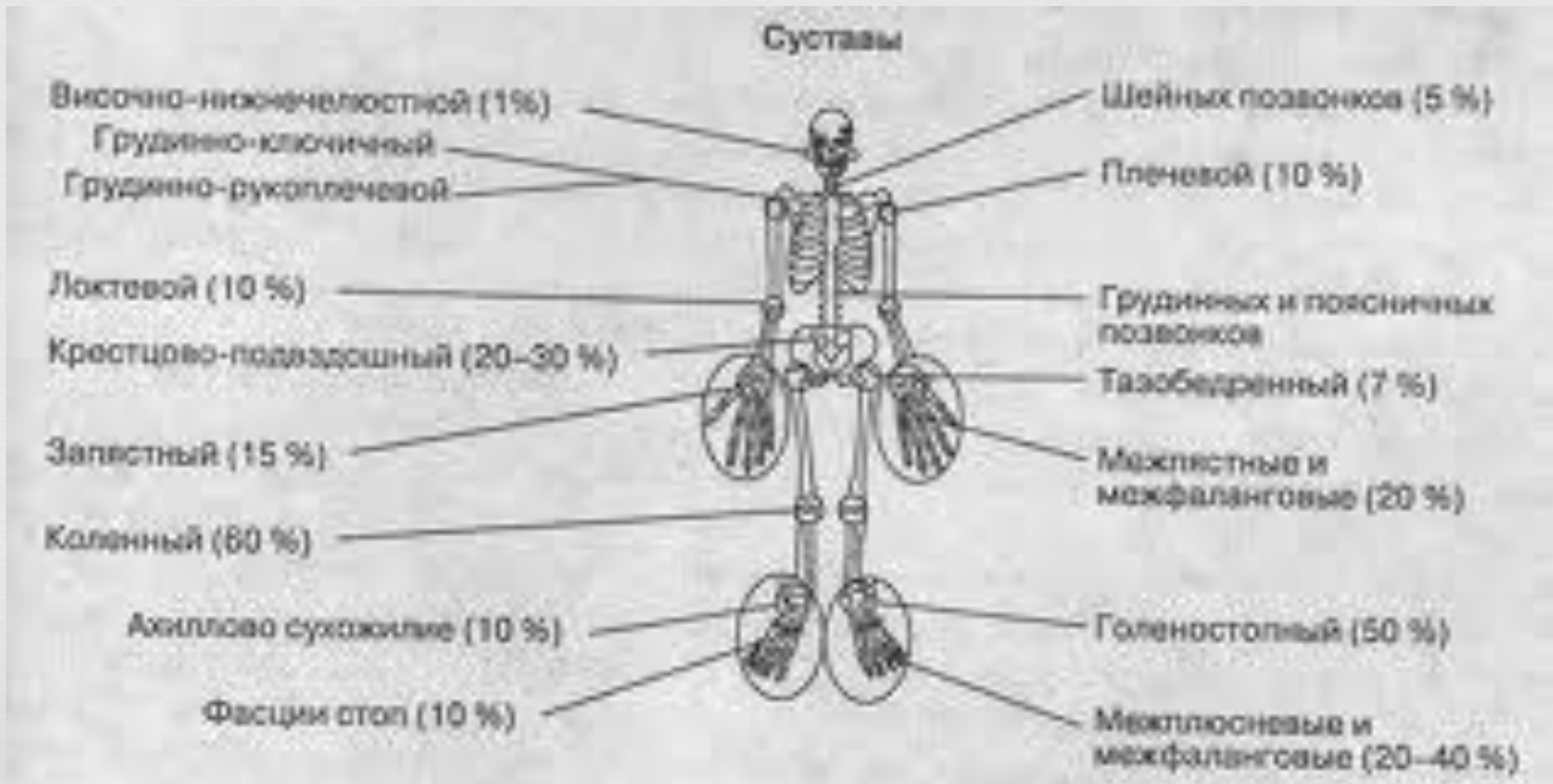


## Патогенез реактивного артрита

# Клиническая картина

К моменту возникновения артрита признаки триггерной инфекции в большинстве случаев проходят.

1. Типично поражение суставов (периферическое, асимметричное, олигоартикулярное, нижние конечности, особенно коленные и голеностопные суставы).



2. Типичный анамнез (уретрит/цервицит, предшествовавший развития артрита до 8 недель энтерит, предшествовавший развития артрита до 6 недель).

3. Наличие HLA-B27 антигена.

4. Поражение энтезитов (места прикрепления суставов и связь в кости около суставов в анатомических зонах синовиальных сумок).

### Распространенная локализация энтезита

Место прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости

Место прикрепления фасции подошвы к пяточной кости

Место прикрепления связки надколенника к бугристости большеберцовой кости

Верхняя и нижняя поверхности надколенника

Головки плюсневой кости

Основа пятой плюсневой кости

Участки прикрепления спинномозговых связок к телам позвонков



- 5.Выявление субстрата возбудителя с помощью цепной реакции полимеразы или специфические моноклональные антитела.
- 6.Поражение слизистых оболочек неинфекционного генезиса (конъюнктивит, уретрит, кольцеобразный баланит, цервицит, безболезненные эрозии в полости рта).
- 7.Кератодермия - безболезненный очаговый или сливной гиперкератоз. Наиболее частая локализация - подошвенная часть стоп и кистей.
- 8.Поражение ногтей (чаще на пальцах стоп): желтушность, онихолизис и другие виды ониходистрофии.
- 9.Тендовагинит отдельных пальцев стоп (реже кисти). Дактилит (воспаление всего пальца) возникает в результате воспаления сустава и сухожильных оболочек.



Реактивный артрит с симптомом географического языка

9. Прямое обнаружение возбудителя в выходных воротах (например, соскоб из уретры на хламидии).

10. Выявление специфически агглютинирующих антител с достоверным повышением титров (например, по энтеропатическим возбудителям).

11. Выявление субстрата возбудителя с помощью цепной реакции полимеразы или специфические моноклональные антитела.

12. Асимметричный сакроилеит.

13. Рентгенологические признаки пяточных шпор, периостита мелких костей стоп, паравертебральной оссификации.

ReA склонны к полному обратному развитию на протяжении 4-6

месяцев, но могут рецидивировать и даже приобретать хроническое течение с вовлечением все большего количества суставов.







Тендовагинит пальцев  
кисти).

Сосискообразная  
деформация пальцев



Поражение глаз  
(конъюнктивит)



## Кератодермия



Асимметричный артрит нижних конечностей (коленные, голеностопные суставы и суставы пальцев стоп, причем процесс носит моно- или олигоартикулярный характер. Асимметричный сакроилеит.

тофусы на ушной раковине:  
подагра

выпот в плевральной  
полости или шум трения  
плевры: СКВ, РА

ревматоидные  
узелки

болезнь Крона

синдром  
запястного канала:  
РА

синдром  
Рейно:  
ССД, РА,  
СКВ

псориаз

утолщение поверхностной  
височной артерии:  
гигантоклеточный  
артериит

поражение глаз:  
спондилоартропатии, РА

эритема типа "бабочки":  
СКВ

недостаточность  
аортального клапана:  
анкилозирующий спондилит

пороки сердца:  
ревматизм

шум трения  
перикарда: СКВ, РА

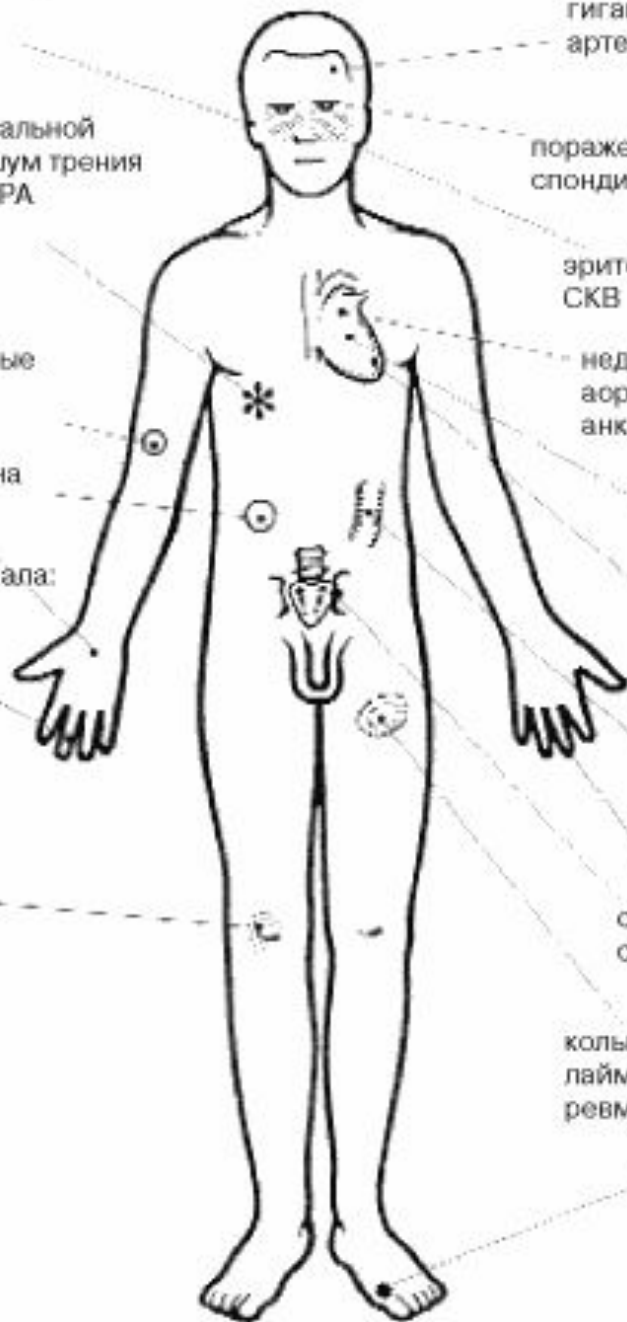
колит: НЯК

ямки на ногтях:  
псориаз

сакроилеит:  
спондилоартропатии

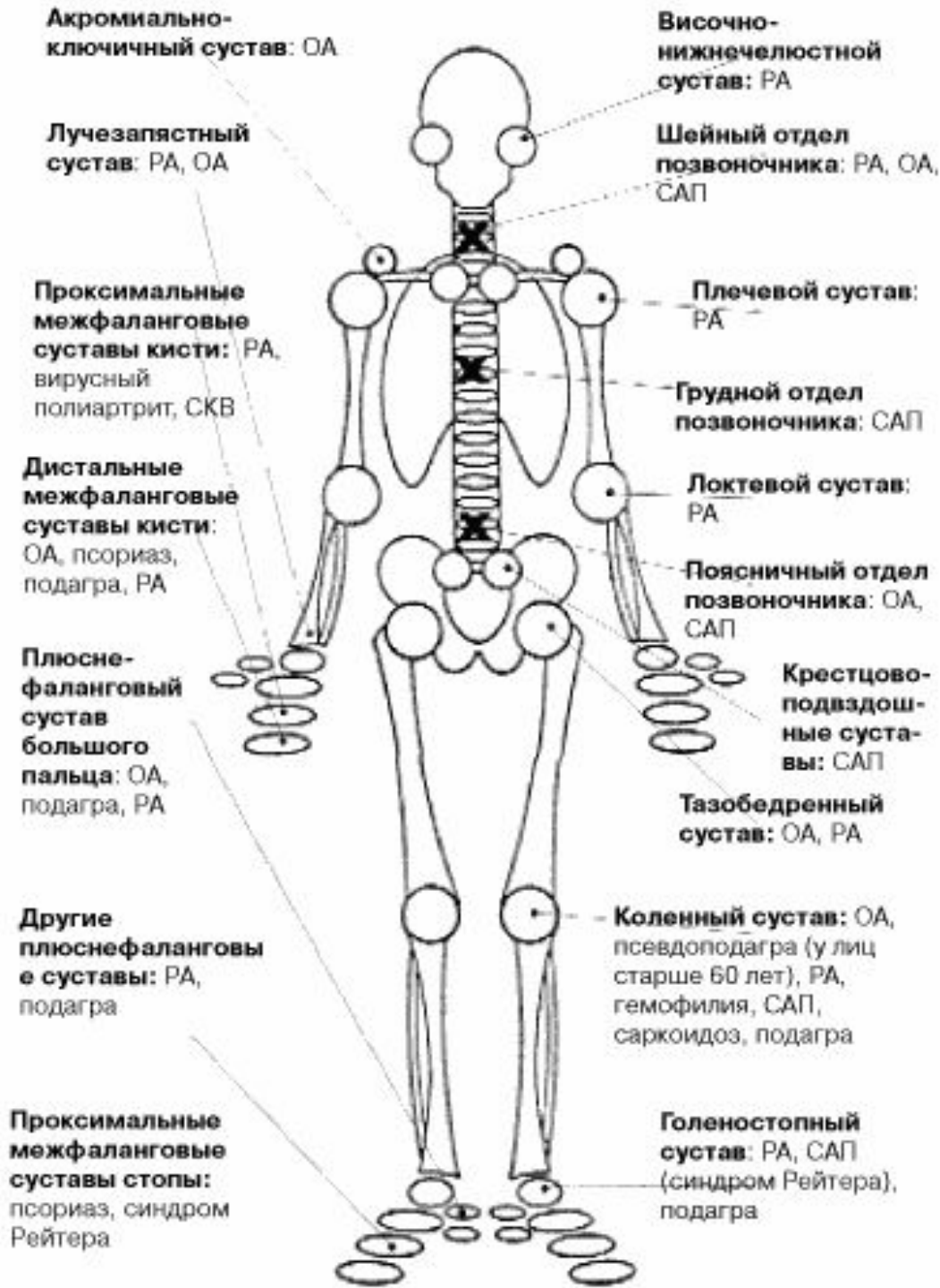
кольцевидная эритема:  
лаймская болезнь,  
ревматизм

подагра



# Основные симптомы при артритах





Типичная локализация артрита при различных болезнях



Нормальный сустав



Ревматоидный артрит



кисты  
сужение суставной щели



подвывихи  
краевые эрозии  
остеопороз

Остеоартроз



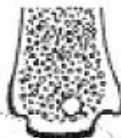
остеофиты

остеосклероз



сужение суставной щели

Подагра



эрозии,  
суженные зоной  
остеосклероза



кисты

Роль рентгенографии по-прежнему велика, но нужно иметь в виду, что на ранних стадиях болезни рентгенологических изменений часто нет

# Диагностика

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

## Критерии реактивных артритов

Большие критерии	Малые критерии
<p><b>Артрит:</b> асимметричный</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• в варианте моно- или олигоартрита</li><li>• нижних конечностей</li></ul> <p>Клиника предшествующей инфекции (за 1-6 нед. до артрита) — уретрит, энтерит</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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)</li><li>• для энтеробактерий — положительная копрокультура</li></ul> <p>Доказательство персистирующей инфекции в суставе:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ПЦР для <i>S. trachomatis</i></li></ul>

**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.

## **Диагностика иерсиниозного РеА**

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

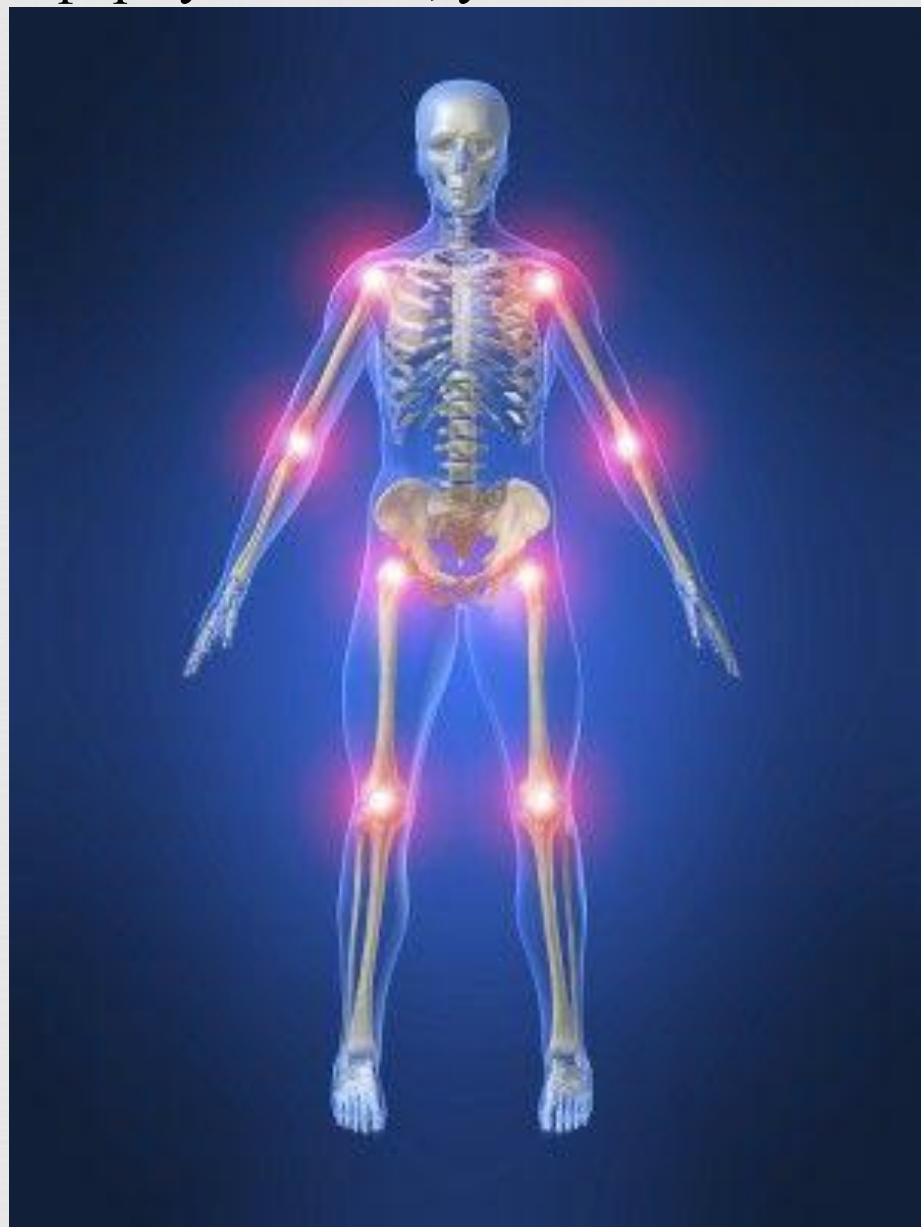
1. Иерсиниозный РеА чаще бывает у женщин.
2. Артрит предшествует энтероколит, который чаще проявляется кратковременной диареей, болями в правой подвздошной области (вследствие терминального илеита или мезоденита).
3. Артрит развивается через 1-2 недели после энтероколита, иногда одновременно с ним, и 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.



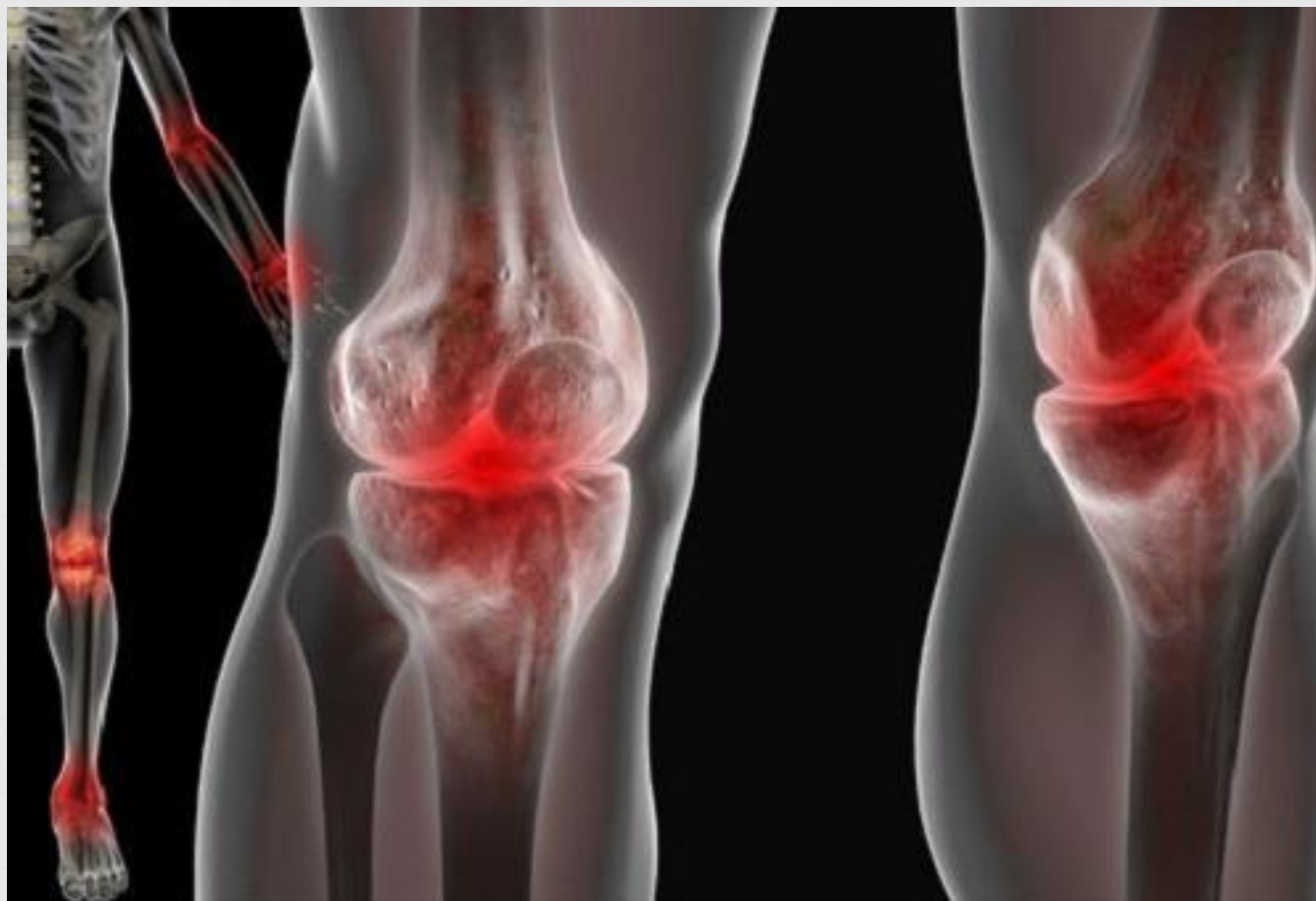


Реактивный  
артрит  
рентгенограмма



Реактивный  
артрит  
томограмма

**Синдром (болезнь) Рейтера** — вариант реактивного артрита, характеризующийся, помимо типичного поражения суставов, такими системными проявлениями, как уретрит, конъюнктивит и др. симптомами. Наиболее частым возбудителем заболевания является грам-отрицательная бактерия *Chlamydia trachomatis*



# Клиническая картина

1. Заболевают преимущественно молодые мужчины в возрасте 20-40 лет (80% случаев). Начало заболевания чаще всего проявляется поражением мочеполовых органов (уретрит, цистит, простатит). Уретрит проявляется неприятными ощущениями при мочеиспускании, жжением, зудом

2. Поражение глаз наступает вскоре после уретрита, чаще проявляется конъюнктивитом.

3. Ведущим признаком болезни является поражение суставов

- ❖ Развивается через 1-1.5 мес. после острой мочеполовой инфекции
- ❖ Асимметричный артрит с вовлечением суставов нижних конечностей — коленных, голеностопных, плюснефаланговых, межфаланговых.
- ❖ Боли в суставах усиливаются ночью и утром, кожа над ними гиперемирована, появляется выпот.
- ❖ Характерно снизу вверх последовательное вовлечение суставов через несколько дней.
- ❖ сосискообразная деформация пальцев с синюшно-багровой окраской кожи



4. У 30-50% больных поражаются слизистые оболочки и кожа. Характерны стоматит, глоссит, кератодермия—сливные очаги гиперкератоза на фоне гиперемии кожи стрещинами и шелушением преимущественно в области стоп и ладоней. Очаги гиперкератоза могут наблюдаться на коже лба, туловища.

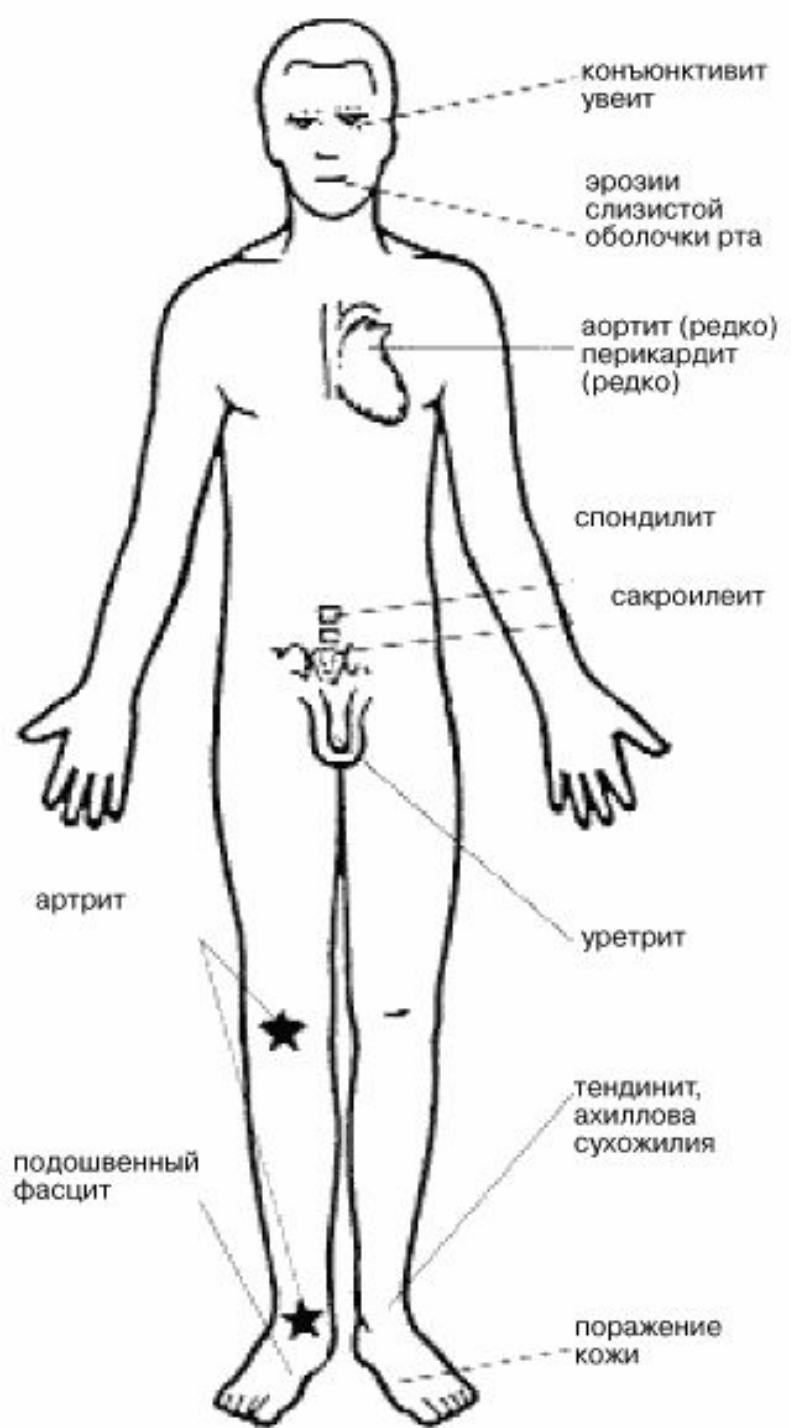
5. Возможны безболезненное увеличение лимфоузлов, особенно паховых; у 10-30% больных признаки поражения сердца (миокардиодистрофия, миокардит), поражение легких (очаговая пневмония, плеврит), нервной системы (полиневриты), почек (нефрит, амилоидоз почек), длительная субфебрильная температура тела.

6. Воспаление ахиллова сухожилия, бурситы в области пяток, что проявляется сильными пяточными болями. Возможно быстрое развитие пяточных шпор.

У некоторых больных могут появиться боли в позвоночнике и развиваться саркоилеит.



Рентгенограмма стопы больного с синдромом Рейтера. На ней видна периостальная реакция в участке прикрепления подошвенной фасции (черная стрелка) и ранняя эрозия в области прикрепления ахиллова сухожилия (белая стрелка) пяточной кости.



## Синдром Рейтера

# Клинические проявления синдрома Рейтера и других реактивных артритов

Классическая триада:

Конъюнктивит

Артрит (обычно ассиметричное множественное поражение суставов)

Уретрит



Конъюнктивит



Уретрит, псориазоформные поражения головки полового члена



Поражение суставов напоминает ранние стадии ревматоидного артрита



Подногтевой кератит



Эрозии мягкого неба и языка

Сакроилеит



Ахиллобурсит, эритема, припухлость, болезненность



Кератодермия и пустулезные изменения на подошвах

# Реактивный урогенный артрит (уретроокулосиноввиальный синдром).

Критерии диагностики. Willkens et al. 1981. Серонегативная асимметричная артропатия (преимущественно нижних конечностей). И один или несколько следующих критериев:

- уретрит/цервицит; дизентерия;  
воспалительные изменения глаз; поражение кожи / слизистых оболочек: баланит, изъязвление ротовой полости и кератодермия. Э.Р. Агабабова, 1997 г
- Наличие хронологической связи между мочеполовой или кишечной инфекцией и развитием симптомов артрита и/или конъюнктивита, а также поражений кожи и слизистых оболочек;
- Молодой возраст заболевших;
- Острый несимметричный артрит преимущественно суставов нижних конечностей (особенно суставов пальцев стоп) с энтезопатиями и пяточными бурситами;
- Симптомы воспалительного процесса в мочеполовом тракте и обнаружение хламидий (в 80 - 90% случаев) в соскобах эпителия мочеиспускательного канала или канала шейки матки (если хламидии не обнаружены в соскобах, но имеются признаки воспаления мочеполовой системы, его можно считать хламидийным при определении антихламидийных антител в сыворотке крови в титре 1:32 и более).



# **ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Поражение суставов при ВИЧ-инфекции может проявляться в следующих вариантах:

## **❑ Острый недифференцированный артрит**

Основные проявления:

- острый болезненный олигоартрит преимущественно суставов нижних конечностей (коленных, голеностопных);
- поражение сухожилий стопы, боли в ахилловом сухожилии;
- продолжительность симптоматики от недели до нескольких месяцев.

## **❑ Артралгии и артриты**

Артралгии и артриты (у 30% больных): боли локализуются в области 2-3 суставов (преимущественно поражаются крупные суставы нижних конечностей и плечевые). В области пораженных суставов наблюдается отек, гиперемия кожи, функция суставов ограничена. Поражение суставов может ограничиться лишь очень интенсивными болями в плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставах.

# ВИЧ-ассоциированный синдром Рейтера

Клинические особенности:

- характерно выраженное асимметричное поражение суставов нижних конечностей по типу олигоартрита;
- выражены периартикулярные изменения и поражения сухожилий;
- быстрое прогрессирование артропатии;
- при рентгенологическом исследовании суставов выявляются деструктивные изменения (краевые узурь);
- характерны сгибательные контрактуры;
- отсутствие спонтанных ремиссий;
- воспалительный тип синовиальной жидкости;
- наличие уретрита, цервицита, воспалительные поражения глаз, слизистых оболочек;
- наличие симптомов ВИЧ-ассоциированного комплекса (увеличение лимфоузлов, лихорадка, падение массы тела, диарея);
- у 75% больных имеются HLA B27

## Лабораторные и инструментальные исследования

Лабораторные и инструментальные исследования, которые используют для подтверждения диагноза при артрите. Многие из этих исследований дороги, поэтому, основываясь на клинической картине, нужно выбрать из этого перечня только самое необходимое.

- ❖ Общий анализ крови: гемоглобин, лейкоцитарная формула, СОЭ
- ❖ Биохимическое исследование крови: креатинин сыворотки, АМК
- ❖ Посев крови
- ❖ Общий анализ мочи: эритроциты, белок, глюкоза
- ❖ Исследование синовиальной жидкости, в том числе посев
- ❖ Рентгенография суставов
- ❖ Исследование суточной экскреции мочевой кислоты
- ❖ Исследование крови на ревматоидный фактор, антинуклеарные антитела (основной тест для системной красной волчанки), антитела к нативной ДНК, определение HLA B27 (диагностическая ценность невелика)
- ❖ Серологические исследования для определения возбудителя эпидемического полиартрита, краснухи, лаймской болезни, гепатита В
- ❖ Исследование крови на антитела к ВИЧ
- ❖ Определение титров антистрептолизина О, антиДНКазы В и антигиалуронидазы
- ❖ Артроскопия и биопсия
- ❖ Сцинтиграфия костей

Артрография информативна при моноартрите, особенно при поражении плечевого и коленного суставов, но при полиартрите этот метод почти не используют.

Для исследования плечевого и тазобедренного суставов также применяют УЗИ.

Для определения возбудителя инфекционного артрита или антител к нему используют серологические реакции. Они разработаны для эпидемического полиартрита, лаймской болезни, краснухи, бруцеллеза, гепатита В, гонореи, микоплазменных инфекций и ВИЧ-инфекции.

Лабораторные исследования также широко используют в диагностике коллагенозов.

Основные пробы. Они включают определение:

- \* ревматоидного фактора,
- \* антинуклеарных антител,
- \* антител к нативной ДНК.

При констатации признаков суставного синдрома в качестве первичных диагностических гипотез (ПДГ) могут быть выдвинуты предположения о трех группах заболеваний:

- 1) собственно заболевания суставов, когда в клинической картине имеются признаки только суставного синдрома;
- 2) диффузные заболевания соединительной ткани, когда наряду с суставными проявлениями имеются признаки полисистемного поражения;
- 3) системные васкулиты.

Дополнительные методы исследования методы исследования при суставном синдроме включают функциональные методы - гониометрию, индикаторные методы, визуализирующие и гистоморфологические методы.

# Туберкулезный артрит

Диагностические критерии.

1. Анамнестические указания на перенесенный туберкулез.
2. Рентгенологические признаки активного или перенесенного туберкулеза легких или других органов.
3. Поражение суставов по типу моноартрита тазобедренного, коленного или голеностопного суставов.
4. Отсутствие “воспалительных” изменений гемограммы и “острофазовых” реакций.
5. Типичные рентгенологические изменения в суставах.
6. Положительная реакция Манту.
7. Выделение палочек Коха из синовиальной жидкости.
8. Обнаружение туберкулезных гранулем в синовиальной оболочке





*Мал. 135.* Туберкульоз кульшового суглоба  
(артритична стадія). Рентгенограма

## Артрит при гепатите В

У больных, страдающих вирусным гепатитом В, суставной синдром несколько чаще развивается у мужчин (соотношение мужчин и женщин составляет 1,5:1) и протекает по типу артралгии в 25% больных, по типу артрита - у 10%.

Клинические признаки поражения суставов чаще возникают в продромальный период заболевания, за несколько дней или недель до появления желтухи и исчезают в стадии разгара.

Суставной синдром характеризуется внезапным началом и протекает по типу симметричного поражения, захватывающей все новые суставы, или носит мигрирующий характер с преимущественным вовлечением мелких суставов кистей, коленных, плечевых, тазобедренных, локтевых, надпяточного-милковых суставов.

## Артрит при гепатите С

Суставной синдром при вирусном гепатите С имеет широкий спектр проявлений - от артралгии до рецидивного симметричного полиартрита. Артрит у больных, инфицированных вирусом гепатита С, похож на ревматоидный артрит, однако протекает легче, с частыми ремиссиями, и не сопровождается развитием эрозий хряща. Утренняя скованность и боль в суставах длятся 1-3 нед., После появления желтухи признаки артрита уменьшаются. При остром гепатите клинические проявления со стороны суставов проходят самостоятельно. У больных хроническим гепатитом артралгия или артрит могут персистировать или возникать через длительные промежутки времени.

Рентгенологическое исследование суставов патологических изменений не проявляет. Почти у всех больных артритом при вирусных гепатитах В и С отмечают полное клиническое выздоровление

## **Бруцеллезный артрит**

Наиболее часто возбудителем бруцеллеза у человека является *Brucella melitensis*. Данная инфекция распространена среди коз, коров и передается посредством прямого контакта или через молоко. Наблюдается часто у доярок и скотников. Инкубационный период 3 недели.

Диагностика бруцеллезного артрита:

1. Анамнестические указания на контакт с больным животным или употребление некипяченого молока.
2. Поражение костей и суставов: полиартрит, остеомиелит позвонков, трубчатых костей, костей таза (развитие гранулем в костном мозге). Деструктивный процесс в костях и межпозвонковых дисках напоминает туберкулез.
3. Положительное бактериологическое исследование синовиальной жидкости, крови, костного мозга. При серологическом исследовании повышение титра антител к *Brucella melitensis*.

# Сифилитический артрит

Сифилитический артрит развивается при приобретенном и врожденном сифилисе. 1. Диагностика сифилитического артрита при врожденном сифилисе. Полиартрит в 8-16 лет (поражение коленных суставов в виде веретенообразной формы за счет выпячивания заворотов - сустав Клаттона). Выражен болевой синдром, признаки нарушения функции суставов незначительны; Признаки врожденного сифилиса: интерстициальный кератит, глухота, зубы Гетчинсона; Положительные серологические тесты на сифилис.

2. Диагностика сифилитического артрита при приобретенном сифилисе (на стадии вторичного и третичного сифилиса). На стадии вторичного сифилиса поражение крупных суставов (коленных), позвоночника, тендовагиниты, периостит, легкие мышечные атрофии; Признаки вторичного сифилиса (сыпь, аллопеция, лимфаденопатия); На стадии третичного сифилиса - появление периостита большеберцовой кости и ключицы (распространение гуммозной инфильтрации на кости), артропатия Шарко (поражение одного сустава), ассоциированная со спинной сухоткой; Положительные серологические тесты на сифилис при вторичном и третичном сифилисе.



## Лаймская болезнь (боррелиоз).

Заболевания вызывают спирохеты-боррелии, переносчиками их являются клещи. Диагностика Лаймской болезни (боррелиоза):

1. Полиартрит преимущественно коленных суставов (моно- или олигоартрит).
2. Анамнестическое указание на отдых или работу в лесной зоне (в весенне-летний период).
3. Общие симптомы: лихорадка, головная боль, скованность в шее.
4. Кожные изменения после укуса клеща: мигрирующая эритема на туловище или конечностях (проходит через 3 недели).
5. Лимфаденопатия.
6. Поражения висцеральных органов: сердце (нарушение сердечной проводимости), нервной системы (менингит, неврит), поражение черепных нервов (корешковый синдром).
7. Положительное бактериологическое исследование синовиальной жидкости и серологическое исследование крови на боррелиоз

## Диагностика гонококкового артрита:

1. Развитие мигрирующего олигоартрита, тендовагинита и артралгий в первые месяцы заражения гонореей или при обострении хронической латентной гонореи. У женщин развивается в первые месяцы после брака, после менструаций, в послеродовой период. Характерна половая дифференцировка поражения суставов: у женщин - лучезапястного и локтевого суставов, у мужчин - коленного, голеностопного и плюснефаланговых сочленений. Псевдоревматическая форма острого гонококкового артрита (с отсутствием эффекта от противоревматической терапии наблюдается у женщин), синдром Рейтера - у мужчин. Хронический гонококковый полиартрит по клинике напоминает ревматоидный артрит или болезнь Бехтерева.
2. 2. Симптомы периартрита (поражаются пяточная и подпяточная сумки - бурситы, связки, сухожилия - ахиллобурсит, мышцы стопы и голени).
3. 3. Развитие вторичного плоскостопия.
4. 4. Синдром дерматита (макулоподобные или везикулярные высыпания вблизи пораженных суставов, в области дистальных отделов конечностей, позднее - развитие везикулопустулезных

5. Быстрое развитие остеопороза и анкилозов. Деструктивные процессы в суставах редки.
6. Лабораторные изменения: острофазовые сдвиги в начале заболевания и при обострении (лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение фибриногена, сиаловой кислоты, диспротеинемия, увеличение циркулирующих иммунных комплексов в крови).
7. Положительное бактериологическое исследование на гонококк: у женщин мазка с шейки матки, из уретры, прямой кишки и глотки; у мужчин - из уретры, прямой кишки и глотки.
8. Положительная серологическая диагностика на гонококк: исследования крови и синовиальной жидкости.
9. Отмечается хороший эффект от пеницилина.

**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



## **Программа обследования**

1. ОА крови, мочи.
2. БАК: общий белок, белковые фракции, серомукоид, сиаловые кислоты, фибрин, мочевая кислота.
3. Рентгенография суставов.
4. Исследование синовиальной жидкости.
5. Исследование копрокультуры и серологические исследования для выявления возбудителя.
6. Исследование антигенов системы гистосовместимости HLA и ревматоидного фактора.

## **Лабораторные данные**

1. ОАК: повышение СОЭ, возможны признаки анемии, лейкоцитоз.
2. БАК: повышение уровня су- и γ-глобулинов, фибрина, серомукоида, сиаловых кислот, появление СРП.
3. Бактериологическое и серологическое подтверждение инфекции. Диагностические критерии иерсиниозной инфекции — выделение копрокультуры и возрастающий титр антител к

иерсиниям, определяемый методом РПГА (диагностический титр 1 : 160 и выше), дизентерии — выделение копрокультуры шигелл, реакция непрямой гемагглютинации со стандартными эритроцитарными диагностическими сыворотками в титре 1 : 200 и выше, сальмонеллезного и кампилобактериального РеА — определение титров антител в крови.

4. Исследование синовиальной жидкости: воспалительный характер — жидкость мутная, желтоватая, вязкость низкая, количество лейкоцитов  $(2-100) \cdot 10^9/\text{л}$ , нейтрофилов более 50%, муциновый сгусток хлопьевидный, выявление специфических антител.

5. Исследование антигенов системы HLA — выявляется тип 27

6. Рентгенологическое обследование: в случае затяжного или хронического течения развивается околоуставной остеопороз (непостоянный признак) пораженных суставов, изменения в области пораженных энтезисов (эрозии, сопровождающиеся субхондральным склерозом и костной пролиферацией, периостит в случае дактилита), сакроилеит (чаще односторонний), спондилит.

## Рентгенограммы при поражении периферических суставов

### Воспалительные изменения:

1. Остеопороз
2. Деструкция
3. Эрозии

### Прочие:

1. Серповидно-клеточная анемия
2. Болезнь Педжета
3. Опухоль (миеломная болезнь)

### Невоспалительные изменения:

1. Уменьшение высоты дисков
2. Остеофиты
3. Остеосклероз
4. Симптом "вакуума"
5. Отсутствие сакроилеита

### Сакроилеит

Поражение одного дискового пространства:  
Инфекция  
Воспаление диска

### Возраст > 50 лет

ДПС  
ДИГС  
Отложение кристаллов  
пирофосфата кальция

### Возраст < 50 лет

Охроноз  
(кальциноз  
дискового  
пространства)

Симметричный ± тонкие краевые синдесмофиты:  
АС  
Колит

Асимметричный ± большие некраевые синдесмофиты:  
Синдром Рейтера  
Псориаз

Односторонний:  
Инфекционный артрит  
Синдром Рейтера  
Псориаз

# Заключение

Симптомы и сущность болезней	Клинические формы				
	Ревматоидный артрит	Болезнь Бехтерева	Синдром Рейтера	Подагра	Остеоартроз (первичный)
Суставный синдром	2-3 пястнофаланговые суставы, проксимальные межфаланговые суставы	Крестцово-подвздошное сочленение, межпозвонковые, реберно-позвонковые суставы	Коленные, голеностопные суставы, мелкие суставы стоп	Дебют заболевания: 1 плюсневый сустав, артрит другой локализации	"Нагруженные" суставы нижних конечностей (тазобедренный, коленный)
Особенности клинического течения	Быстро прогрессирующее, медленно прогрессирующее	Формы: центральная, ризомиелическая, периферическая, скандиловская. Болеют молодые мужчины	Тяжесть течения определяется поражением кожи и внутренних органов. Болеют молодые мужчины	Клинические формы: ревматоидоподобная, мигрирующий полиартрит, подострая, артритическая	Эволютивное
Рентгенологические данные	Эпифизарный остеопороз, "узурь" хряща, кисты, анкилозы	Двусторонний сакроилеит, периартикулярный остеосклероз, сужение суставной щели	Околосуставный диффузный остеопороз, асимметричные эрозии суставных поверхностей	Сужение суставных щелей, дефекты костной ткани в эпифизах, "пробойники", эрозии суставных поверхностей	Неравномерное сужение суставной щели, уплотнение и расширение замыкающей пластинки эпифизов (остеофит)
Синовиоцитограмма	Лимфоцитарный цитоз, увеличение содержания белка, ревматоидные	Полинуклеарный цитоз, увеличение содержания белка,	Нейтрофилы (до $50 \times 10^3$ мл), цитофагоцитирующие макрофаги,	Кристаллы уратов в синовиальной жидкости	Нормальная вязкость синовиальной жидкости,

Симптомы и сущность болезней	Клинические формы				
	Ревматоидный артрит	Болезнь Бехтерева	Синдром Рейтера	Подагра	Остеоартроз (первичный)
Биопсия синовиальной оболочки	Пролиферативный синовит, "палисадообразные клетки"	Пролиферативный синовит, лимфоциты, макрофаги, плазматизация	Отек, гиперемия, слабая лимфоидная инфильтрация тканей	Синовит с гиперемией, пролиферацией синовиоцитов, лимфоидной инфильтрацией	Фиброзно-жировое перерождение без пролиферации покровных клеток, ворсины атрофичны
Изменения со стороны крови	Увеличение СОЭ, диспротеинемия, ревматоидные факторы	В период обострения увеличение СОЭ и другие показатели активности процесса	Лейкоцитоз, увеличение СОЭ	Повышение содержания мочевой кислоты в крови (0,3 ммоль/л)	Отсутствуют. При наличии синовита увеличение СОЭ до 20-25 мм/ч
Поражения внутренних органов	Иридоциклит, поражение почек (нефрит, амилоидоз), ревматоидные узелки, полисерозиты, увеличение селезенки	Иридоциклит, ирит, аортиты, амилоидоз почек	Кожа, слизистые оболочки, кератодермия ладоней и подошв, лимфаденопатия	Подагрическая нефропатия; тофусы в области суставов, век, крыльев носа	Отсутствуют
Сущность заболевания	Хроническое системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением периферических суставов по типу эрозивно-	Хроническое системное поражение суставов, преимущественно позвоночника, с ограничением его подвижности за счет анкилозирования апофизарных суставов, формирование	Уретро-окуло-синовидальный синдром, возникающий вследствие хламидийной инфекции мочевого тракта	Хроническое заболевание, связанное с нарушением мочекишечного обмена, отложением в тканях солей мочевой кислоты (уратов)	Дегенеративное поражение суставного хряща со снижением механической стойкости

# 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

# Профилактика

Первичная профилактика – не разработана. Основная направленность - предупреждение развития заболевания:

- Здоровый образ жизни
- Санация очагов инфекции.
- Соблюдение правил личной гигиены
- Лечение родителей от хламидиоза
- Иммуногенетическое консультирование и выявление родителей носителей HLA-B27 антигена
- Планирование семьи

Вторичная профилактика – предупреждение рецидивов заболевания

- Здоровый образ жизни
- Соблюдение правил личной гигиены
- Раннее обращение к врачу
- Выполнение рекомендаций врача-ревматолога
- Не заниматься самолечением

## Заключение

- ❖ Реактивные артриты (РеА) – воспалительные негнойные заболевания суставов, развивающиеся вскоре (обычно не позже чем через 1 мес.) после острой кишечной или урогенитальной инфекции.
- ❖ Синдром (болезнь) Рейтера – вариант реактивного артрита, характеризующийся, помимо типичного поражения суставов, такими системными проявлениями, как уретрит, конъюнктивит
- ❖ Типично поражение суставов (периферическое, асимметричное, олигоартикулярное, нижние конечности, особенно коленные и голеностопные суставы). Поражение энтезитов
- ❖ Склонны к полному обратному развитию на протяжении 4-6 месяцев
- ❖ Критерии реактивных артритов:  
Большие: 1) Артрит: асимметричный, моно- или олигоартрит нижних конечностей 2) Клиника предшествующей инфекции (за 1-6 нед. до артрита) – уретрит, энтерит  
Малые: Доказательства триггерной роли инфекции.  
Доказательство персистирующей инфекции в суставе.
- ❖ Лечение реактивного артрита проводится по двум направлениям:  
1. Антибактериальная терапия. 2. Терапия суставного синдрома