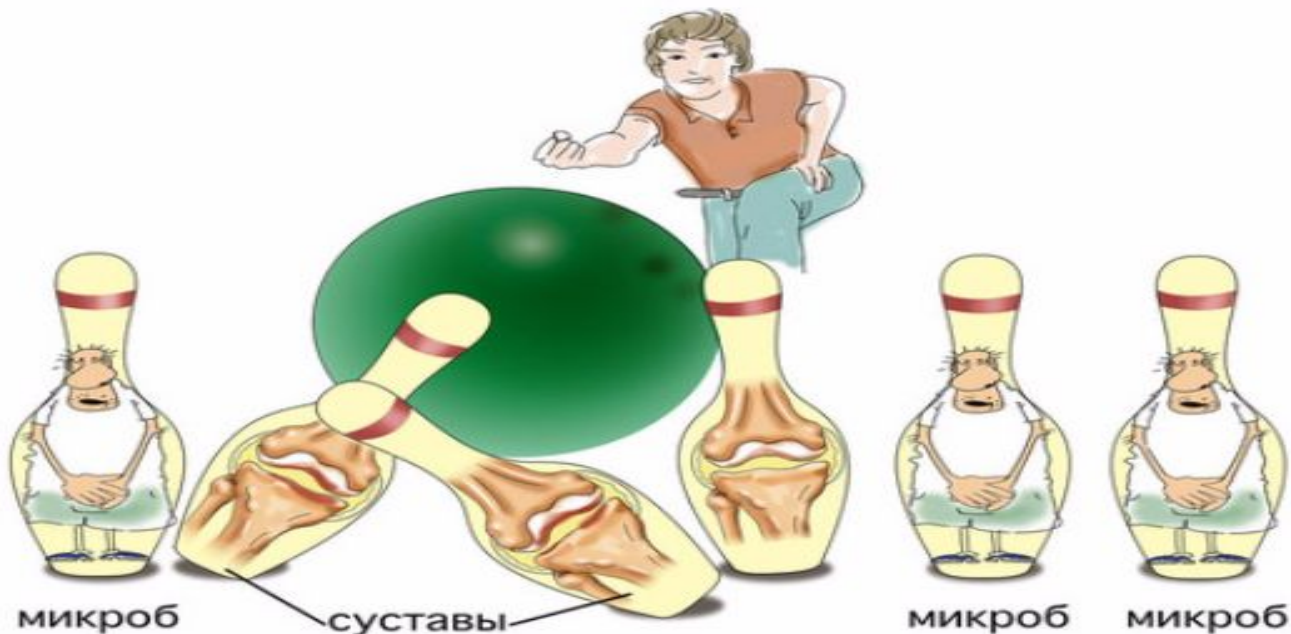


ИММУНИТЕТ



**Тема: Реактивный артрит.**

Выполнила: Маматраймова Ю.М.



Приняла: Алиева Л.Н.

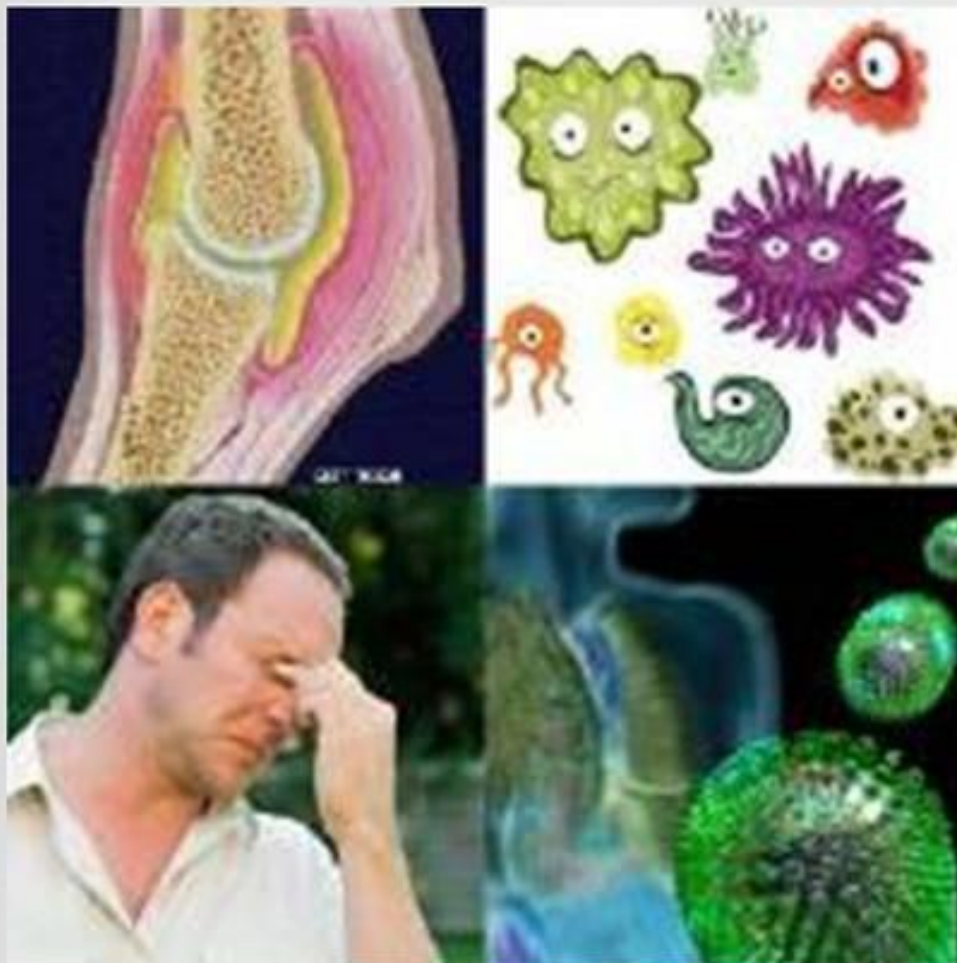
Гр. ОМ-231



# План:

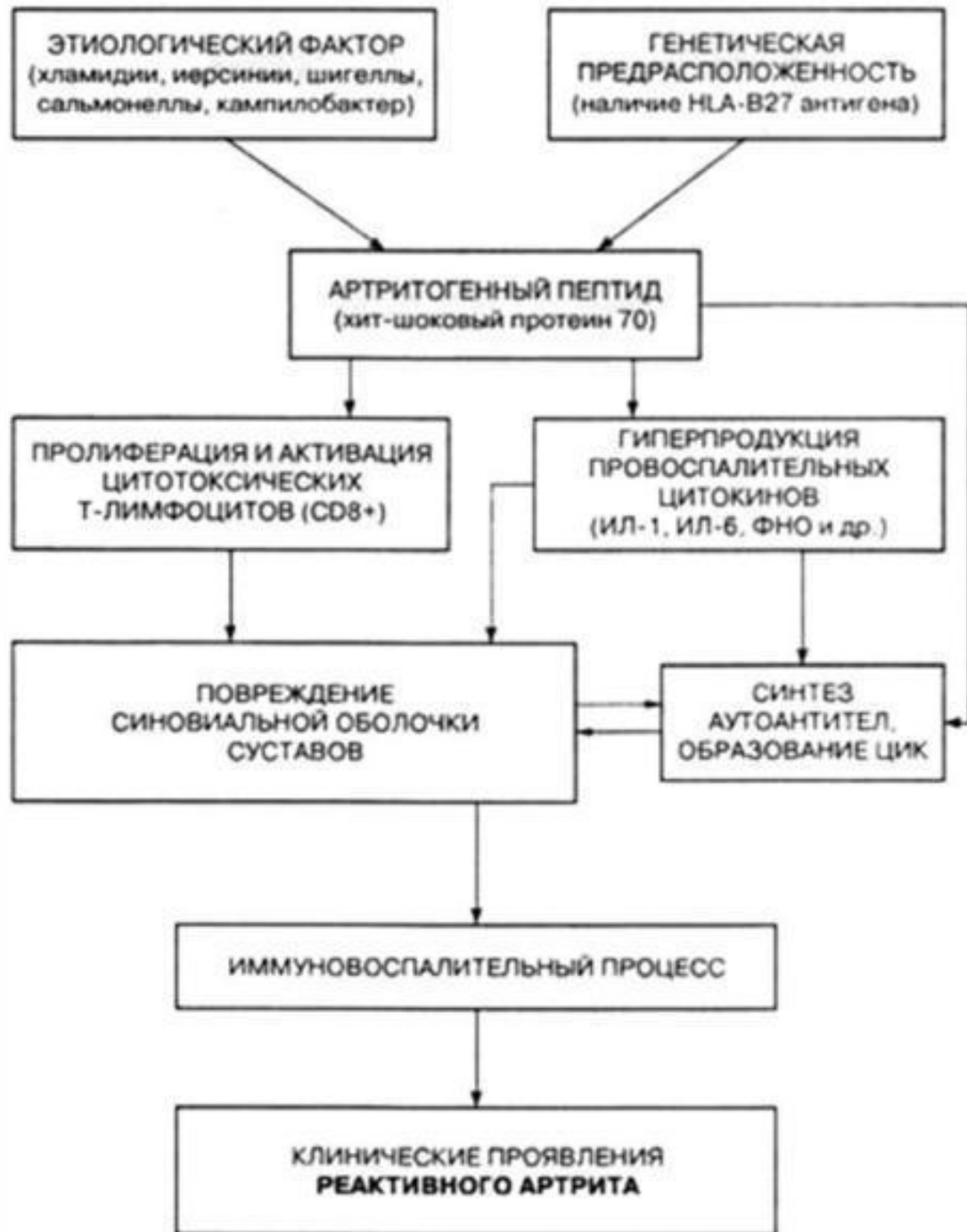
- Определение реактивного артрита
- Патогенез
- Клиника
- Классификация
- Образец формулировки диагноза
- Диагностика
- Дифференциальная диагностика
- Лечение
- Заключения
- Список использованных литератур

**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.)

- Патогенетические механизмы реактивного артрита неизвестны, хотя очевидно вовлечение иммунного ответа на микроорганизмы урогенитального тракта. Полагают, что развитие иммунокомплексного синовита обусловлено чрезмерным иммунным ответом макроорганизма на микробные антигены, находящиеся вне полости сустава, с формированием иммунных комплексов, которые откладываются в синовиальной оболочке.
- Роль хламидийной урогенитальной инфекции в развитии реактивного артрита чаще всего ассоциирован с хламидийной (*Chlamydia trachomatis*) урогенитальной инфекцией.



Патогенез реактивного артрита

# Клиническая картина

---

- К моменту развития артрита признаки триггерной (кишечной или урогенитальной) инфекции в большинстве случаев проходят.
- • Артрит развивается чаще при нетяжёлых формах этих инфекций, нередко наблюдаются стёртые и бессимптомные формы (особенно в случае урогенитального хламидиоза у женщин).

# Признаки реактивного артрита

У вас могут быть только некоторые из этих симптомов



# Поражение суставов

---

- Несимметричный артрит с поражением небольшого числа суставов преимущественно нижних конечностей (главным образом голеностопных, коленных и суставов пальцев стоп, особенно больших пальцев), развивающийся обычно в течение 1 мес после перенесённой острой кишечной или урогенитальной инфекции.



- Возможно вовлечение и любых других суставов, но несимметричный артрит суставов нижних конечностей всегда доминирует; общее число воспалённых суставов редко превышает шесть.
- Поражение крестцовоподвздошных суставов (сакроилиит, как правило, односторонний), а также (редко) выше лежащих отделов позвоночника (спондилит). Конституциональные симптомы: Часто отмечается субфебрилитет (в отдельных случаях высокая лихорадка), общая слабость, снижение аппетита, похудание (10%).

# Поражение энтезисов

- Наиболее частая локализация энтезитов – область пяток.
- Тендовагинит отдельных пальцев стоп (реже кистей), приводящий к болям, отёчности всего пальца, нарушениям его движений и иногда к багровосинюшной окраске кожи («палец в виде сосиски», дактилит).



## □ По степени функциональной недостаточности суставов (ФНС):

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

## Классификация согласно МКБ-10

M 00-M03 Инфекционные артропатии;

M 02 реактивные артропатии;

M 02.0 артропатия, сопровождающая шунт кишечника;

M 02.1 постдизентерийная артропатия;

M 02.2 постимунизационная артропатия;

M 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.

## 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  
рентгенограмма

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

*Реактивный артрит (РеА)* встречается преимущественно у людей молодого возраста; начало заболевания связывается с перенесенной инфекцией (мочеполовой инфекцией, чаще всего хламидийной, острой кишечной инфекцией (дизентерия, иерсиниоз) и др.).

При синдроме Рейтера, в отличие от РА, характерна триада симптомов: урологические (уретрит, баланит), глазные (конъюнктивит) и кожные (*Keratoderma haemorrhagica*) проявления, в ряде случаев однако, слабо выраженные (требующие целенаправленного поиска) или кратковременные (кардит).

## 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

# Список использованных

## литератур:

### Википедия

Гучев И.А. Хламидийные инфекции.

Возможности антибактериальной терапии // РМЖ. – 2004. – Т. 13. – № 8. – С. 57-63.

Мерта Дж. Справочник врача общей практики: Пер. с англ. – М.: «Практика» -McGraw-Hill, 1999. – 459 с.

Коровина Н.А. и соавт. Антибактериальная терапия при артритах, ассоциированных с хламидийной инфекцией // там же –с.93

Мазуров В.И. и соавт. Новые подходы к лечению реактивных артритов хламидийной этиологии.// там же.- с.115-116

Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология / М.: Медицина, С.97-107.





**Спасибо за  
внимание!!!!**

