

Реактивный артрит (синдром Рейтера)

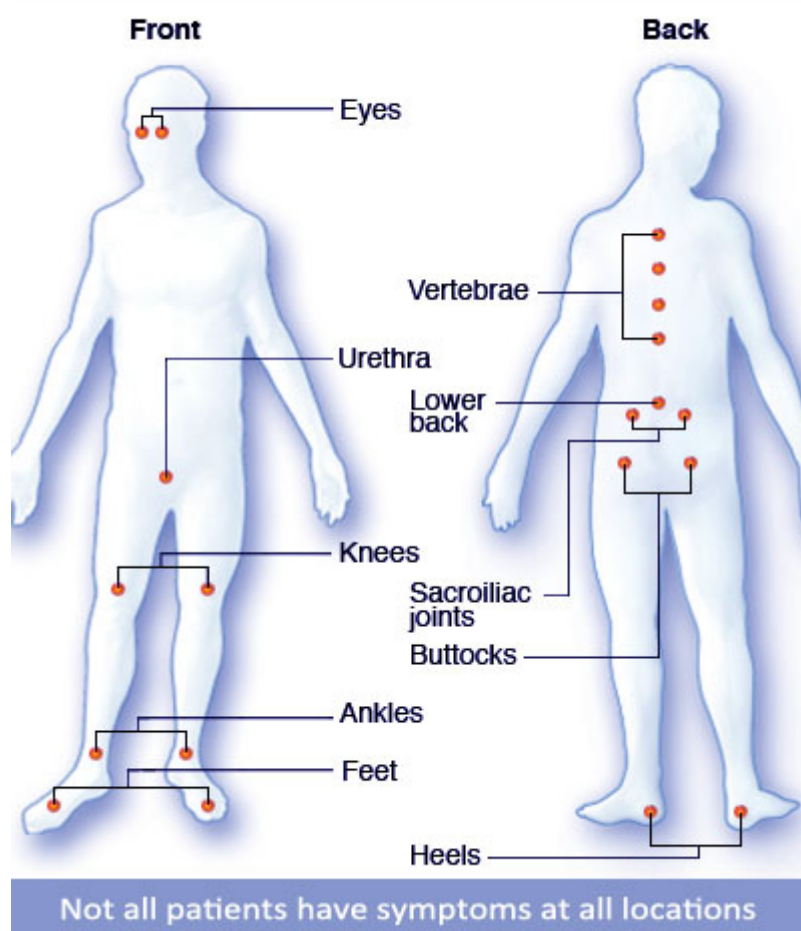
розділ: Дитячі інфекційні захворювання, дата: 19.11.2015, автор: Кононенко Е.В.



Реактивный артрит - аутоиммунное заболевание, которое развивается в ответ на инфекцию, обычно связано с желудочно-кишечной инфекцией - шигеллез, сальмонеллез, кампилобактериоз и др., а также с мочеполовой инфекцией (особенно хламидиозом). Термин РА включает в себя клинический синдром артрита с или без внесуставных проявлений, формирующийся в течение 1 месяца после инфекционной диареи или мочеполовой инфекции.

Классическая триада симптомов РА (отмечается только у одной трети пациентов):

Reactive Arthritis (Reiter's Syndrome)



- артрит;
- неинфекционный уретрит/цервицит;
- конъюнктивит/иридоциклит;
- некоторые добавляют четвертый компонент - поражение кожи и слизистых.

Этиологические факторы:

- как правило, РА вызван мочеполовой или кишечной инфекцией;
- частота РА после кишечных инфекций в среднем 1-4%;
- хотя тяжелые кишечные инфекции связаны с повышенным риском РА, но бессимптомные венерические инфекции чаще вызывают это заболевание;
- предшествующие респираторные инфекции, вызванные хламидиями, также могут вызвать РА.

Около 10% пациентов с РА не имеют никакой предшествующей инфекции.

Наследственные факторы.

В развитии РА имеет значение наследственная предрасположенность. РА связан с человеческим лейкоцитарным антигеном HLA-B27, который относится к МНС-I (молекулам главного комплекса гистосовместимости 1-го класса):

- HLA-B27 определяется у 70-80% пациентов;
- HLA-B27 повышает риск развития РА в 50 раз.

Пациенты с HLA-B27 и семейной предрасположенностью имеют тенденцию к развитию более тяжелого и длительного заболевания.

Течение РА у детей:

- РА редко встречается у детей, большинство педиатрических пациентов в возрасте старше 9 лет;
- у детей энтеральная форма заболевания является преобладающей;
- маленькие дети, как правило, имеют постдизентерийную форму, в то время как подростки и молодые люди наиболее склонны к развитию РА после мочеполовой инфекции.

Разрешение симптомов может происходить на 3-12 месяце, даже у пациентов с тяжелым течением РА. Новые инфекции или другие стресс-факторы могут вызвать возобновление болезни. РА имеет высокую склонность к рецидивированию (15-50% случаев), особенно у лиц, которые являются HLA-B27-позитивными.

Клинические признаки:

- острое начало РА с недомогания, астении, лихорадки;
- асимметричное поражение преимущественно нижних конечностей - олигоартрит крупных суставов (колени, лодыжки, ступни), иногда начало с ранней миалгии;
- боль в спине (возникает у 50% пациентов);
- боль в пятке, связанная с энтезопатией Ахиллова сухожилия и подошвенным фасциитом;
- начальный негonoкокковый уретрит с учащенными мочеиспусканиями, дизурией, выделениями из уретры;
- конъюнктивит, могут присутствовать офтальмологические симптомы - эритема, жжение, слезотечение, светобоязнь, боль, редко - снижение зрения.

Диагноз реактивный артрит является клиническим, устанавливается на основании данных анамнеза и результатов физикального обследования. Нет специфического характерного лабораторного или инструментального исследования для постановки РА, нет специальных тестов или маркеров. Показатели воспаления, как правило, повышены.

Лабораторные исследования.

- 1) Клинический анализ крови: умеренный лейкоцитоз (до 20 000/мкл), нормоцитарная нормохромная анемия и тромбоцитоз во время острой фазы; СОЭ обычно увеличивается значительно (до 50-60 мм/ч), позднее возвращается к норме, когда уменьшается воспаление.
- 2) С-реактивный белок (СРБ) и другие острофазовые показатели.
- 3) Антитела к определенным бактериальным антигенам: иммуноглобулин А-антитела отрицательные.
- 4) Серология и посев культур (крови, мочи, кала, мазок из шейки матки, уретры), особенно при хламидиозе : посев мочи может показать положительный результат на хламидии или уреоплазму, хотя результаты теста могут быть отрицательными, если получены через несколько недель после появления симптомов. Серологические исследования являются полезными в некоторых случаях, однако, культуральные методы не могут быть надежным, т.к. возбудители выявляются только в 58% случаев с мочеполовыми симптомами. Посев кала может быть полезным для выявления кишечных патогенов (например, сальмонелл, шигелл и иерсиний), однако, бакпосевы кала часто отрицательные

- 5) Антистрептолизин-О (АСО) или анти-ДНКазы (при подозрении на стрептококковую инфекцию).
- 6) Результаты теста на ревматоидный фактор и антинуклеарные антитела отрицательные.
- 7) HLA-B27-тестирование - не является диагностическим для РА и не является обязательным, однако, это может быть полезно для определенных целей (например, диагностика РА у больных с ограниченными симптомами). HLA-B27- положительные результаты в 65%-96% случаев РА (67-92% педиатрических случаев).
- 8) Туберкулиновые пробы.
- 9) Исследование на ВИЧ: заболеваемость РА высока среди больных СПИДом, поэтому ВИЧ-тестирование является обязательным у больных, у которых недавно диагностировали РА, даже если они не имеют факторов риска.
- 10) Анализ мочи: в анализе мочи могут отмечаться лейкоцитурия, эритроцитурия и протеинурия.
- 11) Обычная рентгенография (показывает результаты только в 40-70% случаев).
- 12) Сцинтиграфия всего тела: используется для скрининга энтезопатии и артропатии.
- 13) Позитронно-эмиссионная томография: позволяет распознать энтезит на ранней стадии РА.
- 14) Магнитно-резонансная томография (МРТ), особенно крестцово-подвздошных суставов может выявить болезнь раньше, чем обычная рентгенография. МРТ более чувствительна, чем компьютерная томография или сцинтиграфия для выявления сакроилеита у детей без симптомов поражения крестцово-подвздошных суставов.
- 15) Компьютерная томография.
- 16) Ультразвуковое исследование (УЗИ или ЭхоКГ): УЗИ может выявить энтезит; эхокардиография может выявить кардит или клапанную дисфункцию у пациентов с постстрептококковым РА.
- 17) Пункция сустава, анализ синовиальной жидкости, синовиальная биопсия (часто необходимы, чтобы исключить инфекционный процесс, особенно при моноартрите)

Лечение.

Специфического лечения реактивного артрита не существует. Лечение направлено на облегчение симптомов и основывается на их тяжести. Почти две трети пациентов самоизлечиваются и им необходимо только симптоматическое и поддерживающее лечение. У 30% больных формируется хроническое течение РА, создавая терапевтические трудности.

- Антибиотики назначаются для лечения основной инфекции.
- Используются противоревматические препараты - сульфасалазин.
- Метотрексат - может использоваться безопасно и эффективно.
- Никакого хирургического лечения не показано.
- Физиотерапия используется, чтобы избежать атрофии мышц и уменьшить боль в тяжелых случаях.

Препараты должны использоваться регулярно, чтобы добиться хорошего противовоспалительного эффекта. Лечение должно продолжаться в течение 1 месяца при максимальной дозировке для оценки эффективности препарата.

Никаких ограничений по физической активности нет, но симптомы артрита обычно ограничивают в какой-то степени активность пациентов. Госпитализация пациента с неосложненным РА обычно не

показана. Стационарное лечение может рассматриваться для пациентов, которым не помогают пероральные препараты, которые не в состоянии ходить из-за значительных поражений, невыносимой боли или у которых есть сопутствующие заболевания, требующие госпитализации.