



# «Маски» реактивного артрита

*Проблема реактивного артрита по-прежнему сохраняет актуальность в силу высокой распространенности, сложности диагностики и вследствие этого несвоевременности и неадекватности лечения. Данная патология возникает одновременно или после перенесенной внесуставной инфекции. С учетом того что пациенты с сахарным диабетом подвержены повышенному риску инфицирования, необходимо проявлять особую настороженность в отношении развития реактивного артрита в данной популяции. «Маскам» реактивного артрита было посвящено выступление заведующей кафедрой внутренних болезней, декана лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, заслуженного врача РФ, д.м.н., профессора Раисы Ивановны СТРЮК, состоявшееся в рамках конференции «Коморбидный пациент с сахарным диабетом» (Москва, 16 февраля 2023 г.). В докладе большое внимание было уделено современной фармакотерапии заболевания на разных этапах его развития.*

**Р**еактивный артрит (РеА) – асептическое воспаление суставов, возникающее одновременно или вследствие перенесенной внесуставной инфекции (носоглоточной, кишечной, урогенитальной). Манифестация РеА напрямую не связана с попаданием инфекции в сустав, а объясняется гиперреакцией иммунной системы на микробные агенты, циркулирующие в крови или персистирующие в суставной жидкости и тканях. Необходимо отметить, что суставная среда не является стерильной. В исследовании, проведенном H.R. Schumacher и соавт., ДНК микроорганизмов была обнаружена в биоптатах слизистой оболочки в отсутствие признаков воспаления у 9% здоровых лиц и 20% больных остеоартрозом<sup>1</sup>.

Установлено, что реактивный артрит развивается у 1,0–3,0% перенесших хламидийную инфекцию и 1,5–4,0% – кишечную инфекцию<sup>2, 3</sup>. Патология преимущественно отмечается у лиц в возрасте 20–40 лет. При этом мужчины страдают РеА в три – десять раз чаще, чем женщины. Свыше 85%

больных являются носителями HLA-B27-антигена. У носителей HLA-B27-антигена наблюдаются более тяжелое течение и склонность к хронизации заболевания.

В структуре реактивных артритов лидирующую позицию занимает урогенная форма, обусловленная урогенитальными инфекциями (цистит, уретрит, пиелонефрит, хламидиоз, гонорея и др.). К наиболее значимым этиологическим агентам относятся хламидии (60%), гонококки (20%) и микоплазма (20%). Пик заболеваемости приходится на осенний период. У пациентов с хламидийной инфекцией отмечается тенденция к более частому рецидивированию РеА, что объясняется возможностью как реинфицирования, так и персистирования инфекции. Рецидивы обычно сопровождаются суставным синдромом, уретритом, поражением глаз, кожи и слизистых оболочек.

Реактивные артриты кишечной этиологии (энтеропатические) чаще ассоциируются с такими заболеваниями, как болезнь Крона, язвенный колит, болезнь Уиппла, паразитарные инвазии, реже – с другими

типами колитов и энтеропатиями. Среди возбудителей указывают кишечные бактерии, в частности иерсинию, сальмонеллу, шигеллу.

У детей РеА обычно возникает после перенесенных острых респираторных и детских инфекций. Возбудителями могут быть микоплазма, аденовирус, вирусы герпеса, парагриппа, краснухи и др.

В период пандемии COVID-19 после перенесенной инфекции регистрировались случаи развития острого артрита, который классифицировался как РеА. Преимущественно это были мужчины молодого и среднего возраста. У 30% из них был выявлен HLA-B27-антиген. Виремия задокументирована лишь у 15% пациентов. Ни в одном из описанных случаев SARS-CoV-2 не был обнаружен в синовиальной жидкости или синовиальной оболочке.

Независимо от этиологических факторов клиническая картина РеА однотипна. Болезнь развивается через 3–60 дней после перенесенной инфекции и, как правило, начинается остро с лихорадки и асимметричного олигоартрита. Средняя продолжительность пер-

<sup>1</sup> Schumacher H.R.Jr., Arayssi T., Crane M., et al. Chlamydia trachomatis nucleic acids can be found in the synovium of some asymptomatic subjects. *Arthritis Rheum.* 1999; 42 (6): 1281–1284.

<sup>2</sup> Rühl M., Köhler L., Klos A., Zeidler H. Persistent infection of Chlamydia in reactive arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2006; 65 (3): 281–284.

<sup>3</sup> Hannu T., Mattila L., Siitonen A., Leirisalo-Repo M. Reactive arthritis attributable to Shigella infection: a clinical and epidemiological nationwide study. *Ann. Rheum. Dis.* 2005; 64 (4): 594–598.



## Конференция «Коморбидный пациент с сахарным диабетом»

вичных случаев составляет три – шесть месяцев. Нередко симптомы сохраняются до 12 месяцев, после чего заболевание переходит в хроническую форму.

Как было отмечено ранее, поражение суставов при РеА клинически проявляется асимметричным олигоартритом, главным образом нижних конечностей (коленных, голеностопных суставов и суставов больших пальцев стоп). Нередко развивается артрит крестцово-подвздошных суставов (сacroилеит) и вышележащих отделов позвоночника. Для РеА также характерно поражение сухожилий в виде энтезопатий (боль в местах прикрепления сухожилий к костям), дактилитов (поражение сухожильных сумок пальцев).

Среди типичных внесуставных проявлений РеА указывают поражение глаз – у части пациентов может отмечаться слабовыраженный и кратковременный конъюнктивит, а также увеит. Поражение мочеполовой системы может проявляться уретритом, кольцевидным баланитом, цервицитом. Со стороны слизистой оболочки полости рта в ряде случаев выявляют эрозии и язвы. Специфичным для РеА также является поражение кожи, в частности кератодермия с высыпаниями в виде папул и бляшек на подошвенной части стоп, ладонях, половых органах. Могут поражаться ногтевые пластины на пальцах ног по типу ониходистрофии, подногтевого кератоза, онихолизиса. Данные изменения исчезают после выздоровления или ремиссии РеА. Системные проявления РеА включают увеличение лимфоузлов, особенно паховых, реже перикардит, миокардит, приводящий к нарушениям сердечного ритма и проводимости сердца, недостаточность аортального клапана, плеврит, гломерулонефрит.

Клиническая картина фонового заболевания (ОРВИ, урогенная инфекция и др.) в определенной

степени способна маскировать клинические симптомы РеА.

Реактивный артрит, ассоциированный с COVID-19, имеет свои клинические особенности. Согласно данным Л.В. Кононенко и соавт., суставные симптомы, как правило, появляются через две – четыре недели после заражения<sup>4</sup>. Только в двух случаях суставной синдром отмечался одновременно с постановкой диагноза COVID-19. Преобладало поражение суставов нижних конечностей: в 40% случаев развился артрит коленных суставов, в 32% – голеностопных, в 32% – суставов стоп и кистей, в 4% случаев – тазобедренных суставов. Внесуставные признаки РеА были не характерны.

Резюмируя вышесказанное, профессор Р.И. Стрюк подчеркнула, что частыми клиническими симптомами РеА являются артрит суставов нижних конечностей (15–30%), боль в пятке, тендинит ахиллова сухожилия, боль в проекции большеберцового бугра (30%), сacroилеит (14–49%), конъюнктивит (35%), уретрит, простатит (80%), диарея, эндоскопические признаки поражения кишечника (25–70%), бленноррагическая кератодермия (5–30%). В 5–15% случаев могут поражаться аорта и нарушаться внутрижелудочковая проводимость сердца.

Диагностика РеА предусматривает верификацию серонегативной спондилоартропатии, установление ее связи с предшествующей урогенитальной или кишечной инфекцией, исключение альтернативных заболеваний с аналогичной клинической картиной.

К лабораторным признакам РеА относят увеличение скорости оседания эритроцитов, уровня С-реактивного белка, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, анемию (нечасто), небольшую пиурию, микрогематурию, протеинурию. Ревматоидный фактор не выявляется.

При исследовании синовиальной жидкости могут обнаруживаться неспецифические признаки воспаления (низкая вязкость, нейтрофилез).

Для идентификации триггерных инфекционных агентов используются микробиологические, иммунологические (иммуноферментный анализ) и молекулярно-генетические (полимеразная цепная реакция) методы.

С учетом высокой вероятности сопутствующей инфекции целесообразно проводить исследование на наличие ВИЧ, гепатитов В и С. Следует также оценить наличие HLA-B27-антигена.

Диагноз устанавливается на основе больших (асимметричный, моноили олигоартрит нижних конечностей, клиника предшествующей инфекции) и малых (доказательства триггерной роли инфекции, персистирующей инфекции в суставе) критериев. Диагноз определенного РеА основывается на обнаружении двух больших и одного малого критериев, возможного РеА – на обнаружении двух больших или одного большого и одного-двух малых критериев.

На сегодняшний день выявляемость реактивного артрита находится на низком уровне. Прежде всего это обусловлено поздней обращаемостью пациентов, схожестью основных клинических симптомов при различных артритах, отсутствием специфических симптомов, а также специфических лабораторных и рентгенологических методов исследования, трудностью лабораторного обнаружения триггерного фактора.

Поскольку исход болезни тесно связан с эрадикацией возбудителя, необходимо длительное применение антибактериальных препаратов, особенно при остром РеА, ассоциированном с хламидийной инфекцией. В основном назначаются макролиды, фторхинолоны и тетрациклины *per os*.

<sup>4</sup> Тарадин Г.Г., Кутлер Т.Е., Маловичко И.С., Кононенко Л.В. Острый артрит, ассоциированный с COVID-19. Альманах клинической медицины. 2022; 50 (2): 139–148.



Препаратами выбора считают-ся доксициклин в дозе 0,3 г/сут внутрь в два приема в течение 30 дней, азитромицин в дозе 1 г/сут в первый день, затем в дозе 0,5 г/сут в течение 30 дней, кларитромицин в дозе 0,5 г/сут в два приема в течение 30 дней, спирамицин в дозе 9 МЕ/сут в три приема в течение 30 дней.

При непереносимости или неэф-фективности указанных выше лекарственных средств исполь-зуются препараты второго ряда, а именно: офлоксацин в дозе 600 мг/сут в два приема в течение 30 дней, ципрофлоксацин в дозе 1500 мг/сут в два приема в течение 30 дней, ломефлоксацин в дозе 400–800 мг/сут в один-два приема в течение 30 дней.

Симптоматическое лечение не-стероидными противовоспалительными препаратами про-

водится с целью устранения боли и воспаления в суставе. К препаратам выбора относят-ся диклофенак в суточной дозе 2–3 мг/кг в два-три приема, напроксен в дозе 15–20 мг/кг в два приема, ибупрофен в дозе 35–40 мг/кг в два – четыре при-ема, нимесулид в дозе 5 мг/кг в два-три приема, мелоксикам в дозе 0,3–0,5 мг/кг в один прием. При тяжелом течении артрита применяются глюкокортикостероиды для внутрисуставного введе-ния. При этом необходимо исклю-чить септический артрит.

Терапия иммуносупрессорами (сульфасалазином, метотрекса-том, азатиоприном) назначается при тяжелом, затяжном течении РеА, а также при появлении при-знаков спондилоартрита.

Эффективность нестероидных противовоспалительных препара-

тов и/или глюкокортикостероидов была продемонстрирована у боль-шинства пациентов с острым артритом, ассоциированным с COVID-19. Однако небольшое число наблюдений не позволяет дать объективную оценку этому методу лечения.

Завершая выступление, профес-сор Р.И. Стрюк перечислила ос-новные предикторы тяжелого те-чения РеА:

- артрит и трохантерит тазобе-дренного сустава;
- дактилит;
- начало заболевания в молодом возрасте;
- наличие HLA-B27-антигена.

«Несмотря на то что у многих пациентов развивается стойкая ремиссия, у 12–30% реактивный артрит приобретает хроническое течение», – констатировала про-фессор Р.И. Стрюк. 🌐

14–16 ноября 2023 · Москва

rosoncoweb.ru



# РОССИЙСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС 2023



Российский онкологический конгресс – крупнейшее национальное онкологическое мероприятие в Европе с международным участием. Конгресс проводится Национальным медицинским исследовательским центром онкологии имени Н.Н. Блохина и Российским обществом клинической онкологии (RUSSCO) под эгидой Ассоциации онкологов России.

В программе будут представлены выступления ведущих отечественных и зарубежных онкологов, освещающие основные достижения в диагностике и лечении злокачественных опухолей за последний год.

Планируется проведение выставки крупнейших фармацевтических компаний, представленных на российском рынке.



rosoncoweb.ru