



---

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИКА РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ**

---

***Хидирова Нигора Холмурзаевна***

*Ассистент Термезского филиала Ташкентской  
медицинской академии*

***Ахмедов Халмурад Садуллаевич***

*Профессор Ташкентской медицинской академии*

***Абдумуродова Нозима Уткировна***

*Студент Термезского филиала Ташкентской  
медицинской академии*

**Аннотация:** В данной статье представлена информация о реактивном артрите, его причинах, симптомах, наблюдении за заболеванием у мужчин и женщин и методах его лечения.

**Ключевые слова:** Реактивный артрит, боль в суставах, артрит, мочеполовая система, инфекция, асимметричный олигоартрит, суставы, заболевания.

Реактивные артриты — иммуновоспалительные заболевания суставов, обусловленные очагом инфекции в кишечнике или урогенитальном тракте, имеющие характерную клиническую картину с поражением периферических суставов, позвоночного столба и нередко принимающие хроническое течение. До 1999 г. выделяли три группы реактивных артритов: связанные с носоглоточными инфекциями; постэнтероколитические; связанные с очагом инфекции в мочеполовом тракте.

По современной номенклатуре (результат рабочего совещания 42 экспертов из разных стран, состоявшегося в Берлине в 1999 г.), к реактивным артритам относятся только те, которые: 1) развиваются после инфекции *Chlamydia trachomatis* (общепринятый и наиболее частый триггерный агент урогенных артритов), *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni* (возбудители при энтероколитических артритах); 2) сочетаются с типичной клинической картиной (олигоартрит преимущественно нижних конечностей); 3) отвечают критериям спондилоартропатий ESSG (European Spondyloarthritis Study Group, 1991).

Другие виды артритов, причиной которых являются инфекционные агенты, по заключению экспертов, должны быть объединены термином



«артриты, связанные с инфекциями».

### **Эпидемиология реактивных артритов**

Среди ревматических заболеваний реактивные артриты занимают одно из ведущих мест по распространенности. Так, по данным НИИ ревматологии РАМН, их удельный вес в 1984—1992 гг. составил 10—14%. В общей структуре реактивных артритов лидирующее положение занимают урогенные реактивные артриты (УРеА). Частота УРеА в популяции до настоящего времени неизвестна. В 1982 г. А.Н. Vilppula и U.I. Yli-Kerttula предприняли попытку популяционного исследования реактивных артритов. Обследовав 530 человек, они не выявили ни одного случая определенного заболевания, и только у 13 при тщательном анализе данных анамнеза поставлен диагноз вероятного реактивного артрита. Наиболее хорошо частота УРеА изучена в группе повышенного риска — у больных, страдающих негонококковыми уретритами (НГУ). По данным разных авторов, распространенность УРеА у больных с неспецифическими (негонококковыми) воспалительными процессами в мочеполовом тракте колеблется от 0,9—1,0 до 7,6—9%. В нашем исследовании (1982—1984 гг.) частота суставного синдрома у мужчин с НГУ составила 12,4%. В повторном одномоментном исследовании группы больных НГУ (1999—2000 гг.) суставной синдром выявлен уже у 7,8% пациентов.

В настоящее время довольно хорошо определена географическая распространенность УРеА, связанных с урогенитальной инфекцией; наиболее часто они встречаются в Европе, Северной Африке, в районе Средиземного моря. На Дальнем Востоке эта форма заболевания регистрируется редко. Пик заболеваемости приходится в основном на осень. УРеА у мужчин встречаются чаще, чем у женщин (по данным разных авторов, от 10:1 до 2—3:1). В то же время УРеА у женщин, возможно, наблюдается чаще, чем это описывается в литературе, поэтому необходимо более тщательное обследование пациенток с серонегативным артритом для выявления у них очага мочеполовой инфекции и связи его с суставным синдромом.

Дебют реактивных артритов приходится, как правило, на возраст 20—40 лет. В то же время ими могут страдать дети и подростки, а также люди более старших возрастных групп. Считается, что дети заражаются мочеполовой инфекцией от больных матерей во время родов — так называемый вертикальный путь передачи инфекции, заражение также



происходит внутриутробно. Дети чаще болеют постэнтероколитическими формами реактивных артритов.

Наиболее важным фактором риска возникновения УРеА, по нашим данным, является мочеполовая инфекция. Факторы риска, значимо влияющие на частоту реактивных артритов у больных НГУ: 1) хронический простатит; 2) наличие урогени-тальных инфекций у половых партнеров, больных НГУ; 3) длительность уретропростатита, особенно свыше 3 лет; 4) гонорея в анамнезе; 5) нерегулярное лечение мочеполовой инфекции; 6) микстинфекции; 7) поведенческий фактор (склонность к промискуитету); 8) возраст до 40 лет; 9) интеркуррентные инфекции; 10) сопутствующие заболевания, ассоциированные с инфекцией *H. Pylori*, — антральный гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [6].

Знание указанных факторов риска может существенно улучшить раннюю диагностику суставного синдрома при реактивных артритах у пациентов урологических, гинекологических, венерологических кабинетов, так как раннее выявление этой патологии в популяции затруднено. Последнее обусловлено тем, что мочеполовая инфекция, вызывающая реактивные артриты, зачастую протекает скрыто, малосимптомно и больные могут длительно не обращаться к урологам, венерологам, гинекологам. Далеко не всегда терапевты и ревматологи могут проследить четкую хронологическую связь между суставной патологией и очагом инфекции в мочеполовом тракте.

### **Клиническая картина реактивных артритов**

Хорошо изучены острые формы реактивных артритов.

Существуют определенные клинические признаки, характерные для всех видов этой суставной патологии:

- 1) молодой возраст (20—40 лет);
- 2) хронологическая связь с инфекцией;
- 3) чаще острое начало;
- 4) поражение сакроилиального сочленения;
- 5) наличие внесуставных поражений;
- 6) отсутствие ревматоидного фактора;
- 7) относительно доброкачественное течение, но у 30% больных могут отмечаться рецидивирование и хронизация процесса;
- 8) ассоциация с антигеном HLA B27.

*Поражение суставов* чаще носит моно- и олигоартикулярный характер, но может быть и полиартрит. Подчас наблюдаются длительные



артралгии, эквивалентные артриту. Заболевание, как правило, начинается с крупных (коленных) или средних (голеностопных) суставов, вовлечение мелких суставов (обычно суставов стопы — предплюсны, плюсны, межфаланговых и плюснефаланговых) может наступить позже. Поражение межфаланговых и плюснефаланговых суставов с возникающим периартикулярным отеком формирует своеобразные клинические феномены, получившие название «псевдоподагрический палец» (если поражены суставы I пальца стопы) или «сосискообразный палец» (если поражены суставы II—IV пальцев стопы). Вовлечение суставов носит, как правило, асимметричный характер и развивается по типу «лестницы» или «спирали» — ступенчатое последовательное поражение снизу вверх (левый голеностопный — правый голеностопный — левый коленный и т.д.). При хроническом течении могут вовлекаться и суставы рук — лучезапястные, мелкие суставы кисти. Артрит сравнительно доброкачественный, довольно хорошо купируется нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), но иногда требуется локальное внутрисуставное введение глюкокортикоидов (ГК). У части больных воспаление в суставах носит упорный, торпидный характер, что позволило некоторым авторам выделить так называемый ревматоидоподобный вариант. При выраженном синовите боль носит воспалительный характер. По частоте поражения на первом месте стоят коленные суставы, на втором — голеностопные, реже вовлекаются мелкие суставы стоп. Суставы рук чаще поражаются при затяжном и хроническом течение УРеА.

Для УРеА характерно поражение параартикулярных тканей, обусловленное энтезопатиями, т.е. вовлечением в воспалительный процесс мест прикрепления связок к костям, сухожилий, капсул суставов, фиброзной части межпозвонковых дисков.

Воспаление в месте прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости (ахиллодиния) проявляется его припухлостью, болезненностью. Воспаление подпяточной сумки и подошвенного апоневроза протекает в виде подпяточного бурсита и подошвенного фасциита. Эти проявления вместе формируют своеобразное изменение стопы, которое ранее называли «гонорейная стопа», так как еще не были идентифицированы возбудители УРеА. Многие авторы считают, что характерные изменения при такой стопе, включающие ахиллодинию, подошвенный фасциит, подпяточный бурсит, формирующееся плоскостопие, являются такой же «визитной



карточкой» больных УРеА, как изменение кисти при ревматоидном артрите. Исходом подпяточного бурсита и ахиллодинии являются так называемые рыхлые пяточные шпоры. Иногда они могут быть господствующим и даже единственным симптомом клинической картины.

*Поражение мышц* отмечается с первых дней заболевания, больные жалуются на боль в мышцах, особенно ног. В основе боли, возможно, лежит поражение сосудов. Впоследствии наступает мышечная атрофия, которая может прогрессировать, больные худеют.

*Поражение осевого скелета*, сакроилиальных сочленений характерно для УРеА. В основе этого поражения лежат энтезопатии. Эти изменения и позволили отнести их к группе серонегативных спондилоартритов.

*Дорсалгии* — более половины больных жалуются на боли в спине, чаще всего в пояснично-крестцовом отделе, реже в шейном и грудном. Боли бывают ночью, усиливаются к утру. При пальпации вдоль остистых отростков позвонков определяется болезненность. Физиологические изгибы позвоночника сохраняются. Существенного ограничения подвижности в том или ином отделе позвоночного столба, как это наблюдается при анкилозирующем спондилоартрите, у больных с реактивными артритами не бывает. Симптомы Отта, Форестье, Томайера отрицательны.

*Поражение костей таза и сакроилиальных сочленений* — характерным является сакроилиит, как правило, односторонний, но он может быть и двусторонним, асимметричным. Клинически сакроилиит проявляется болью в области крестца, ягодицы, иногда тазобедренного сустава, но при прицельном осмотре выявляются признаки сакроилиита. Боль в области крестца у больных реактивными артритами имеет нагрузочный ритм, крайне редко бывает в покое. Изменения в крестцово-подвздошных сочленениях можно определить с помощью симптомов Кушелевского 1—3, при наличии сакроилиита они положительные.

Проявления суставного синдрома могут носить распространенный характер (артрит периферических суставов, позвоночного столба, сакроилиальных сочленений), но могут протекать и изолированно в виде энтезопатий (подпяточный ахиллобурсит и подошвенный фасциит), а также в виде сакроилиита.

*Клинические проявления очага локальной инфекции. Хламидийная инфекция у мужчин.* Хламидийный уретрит часто протекает малосимптомно,



больные могут длительно не обращаться к врачу. Инкубационный период длится от 1 до 2—3 нед. Клинические проявления нередко могут исчезать без лечения, но впоследствии возникают осложнения в виде простатита, эпидидимита, орхиэпидидимита, нередко стриктуры уретры. Особо следует отметить простатит, возникающий как осложнение урогенитального хламидиоза. Именно ему отводится ключевая роль в формировании УРеА. Особенностью его является зачастую бессимптомное, но очень упорное течение. Острые формы простатита — крайняя редкость при урогенном хламидиозе.

*Урогенный хламидиоз у женщин.* Нередко инфекция протекает в виде слизисто-гнойного цервицита, сальпингита. Часто возникает синдром дизурии (учащенное мочеиспускание); у женщин хламидии являются причиной внематочной беременности, самопроизвольных аборт, бесплодия.

*Поражение внутренних органов.* Частым признаком болезни является *лихорадка*, которая в основном сопровождается острыми, манифестными формами, но может быть и при затяжных. При остром процессе она носит фебрильный характер, иногда достигая 39 °С и выше, при подостром и затяжном течение — чаще субфебрильный. Лихорадка не всегда сопутствует воспалению.

*Поражения сердечно-сосудистой системы* встречаются значительно чаще, чем диагностируются, особенно при остром и подостром течение УРеА. Миокардит проявляется одышкой, тахикардией, нередко нарушениями ритма по типу экстрасистолии, преходящей мерцательной аритмии. Наиболее грозное в прогностическом плане — поражение аортальных клапанов с исходом в аортальную недостаточность, которое в настоящее время наблюдается крайне редко. Нарушения ритма могут носить самостоятельный характер без вовлечения миокарда. У больных УРеА отмечается тахикардия, нередко возникают экстрасистолия и даже преходящая мерцательная аритмия. Особенностью аритмий является то, что они проходят или уменьшаются на фоне противомикробной терапии. Иногда при отсутствии жалоб больного поражения сердца могут быть «электрокардиографической находкой». При этом наблюдаются единичные экстрасистолы, нарушения проводимости по типу неполной блокады правой ножки пучка Гиса, изменения конечной части желудочкового комплекса. В целом поражение сердечно-сосудистой системы носит



благоприятный характер и не приводит к развитию хронической сердечной недостаточности.

*Поражение нервной системы* изредка наблюдается в виде периферических моно- и полиневритов, особенно на них надо обращать внимание при наличии мышечной атрофии. Описаны единичные случаи менингоэнцефалитов.

*Поражение глаз* — особенностью глазного синдрома является то, что он может возникнуть с интервалом в несколько недель, месяцев, а нередко и лет, зачастую носит преходящий характер. Ряд больных с поражением глаз, предшествующим суставному синдрому, первоначально лечатся у окулистов. Описаны всевозможные поражения глаз при УРеА: конъюнктивиты (встречаются наиболее часто), ириты, хориоидиты, кератиты, увеиты, изъязвления роговицы, катаракта. Описана даже отслойка сетчатки. Конъюнктивит может появиться до заболевания, во время суставного синдрома, изредка после него. Увеиты чаще возникают во время повторных атак УРеА, наличие их принято связывать с антигеном гистосовместимости HLA B27.

*Проявления УРеА на коже и слизистых оболочках*, по данным разных авторов, наблюдаются в 20—70% случаев, носят разнообразный характер: безболезненные изъязвления слизистой оболочки полости рта, самостоятельно заживающие; псориазоподобные высыпания, которые изредка могут давать генерализованные формы, вплоть до обширного пустулеза. Причем удельный вес псориазоподобных изменений нарастает с увеличением длительности суставного синдрома. Особенно характерны для УРеА изменения кожи в виде бленнорейной кератодермии — это появление небольших пузырьков на ладонях, чаще подошвах, быстро покрывающихся чешуйками кожи. Типичным для УРеА является и цирциарный баланит — язвенноподобные изменения вокруг уретры на головке пениса. Отмечаются желтое прокрашивание ногтей (чаще на пальцах стоп), ониходистрофия, характерного для псориаза наперсткообразного изменения ногтей не бывает.

### **Резюме:**

Независимо от терапии, применяемой при лечении реактивного артрита, пациентам рекомендуется регулярно сдавать анализы, которые могут указывать на наличие инфекции. При обнаружении каких-либо бактерий, способных вызвать рецидив реактивного артрита, пациентам назначают курс терапии,



включающий новую группу антибиотиков (при выборе наиболее эффективных препаратов рекомендуется проводить специальный анализ пациентов).

### Литература.

1. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В. и др. Критерии диагноза реактивных артритов (проект). Науч. практич ревматол 2003;3:82—3.
2. Агабабова Э.Р. Реактивные артриты и болезнь Рейтера. В кн.: Ревматические болезни: Руководство для врачей. Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 1997;324—35.
3. Braun J., Kingsley G., van der Heijde D. et al. On the difficulties of establishing a consensus on the definition of and diagnostic investigations for reactive arthritis. Results and discussion of a questionnaire prepared for the 4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin, Germany, July 3—6, 1999. J Rheumatol 2000;27:2185—92.
4. Забиров К.И., Мусаков В.Ю., Самхарадзе А.Д. и др. Негонококковые уретриты у мужчин. Consilium medicum 2005;7:1—9.
5. Горяев Ю.А., Аснер Т.В. Целенаправленное выявление больных, страдающих урогенными реактивными артритами. Ревматол 1987;4:29—34.
6. Аснер Т.В., Горяев Ю.А. Проспективное пятнадцатилетнее исследование урогенных реактивных артритов в г. Иркутске. Сиб мед журнал (Иркутск) 2002;2:40—1.
7. Клиническая ревматология: Рук-во для практических врачей. Под ред. В.И. Мазурова. СПб.: Фолиант, 2001;138—52.
8. Amor B., Dougados M., Lustrat V. Les criteres de spondyloarthropathies. Criteries de classification et/ou d aide au diagnostic? Rev Rheum 1995;62:11—6.
9. Xidirova , N. ., & Bekmirzayev , A. . (2023). YURAK ISHEMIK KASALLIKLARINING YONDOSH KASALLIKLAR BILAN KECISHI. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 3(2), 118—122. извлечено от <https://in-academy.uz/index.php/EJMNS/article/view/10095>
10. Xidirova, I. ., & Xidirova, N. . (2021). Gender Characteristics of Family Speech Speech (On the Example of the Uzbek Family). *EUROPEAN JOURNAL OF INNOVATION IN NONFORMAL EDUCATION*, 1(2), 196—199. Retrieved from <https://inovatus.es/index.php/ejine/article/view/99>