



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ 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.

Критерии диагностики реактивных артритов. По решению рабочего совещания в Берлине, в 1999 г. были приняты новые критерии диагностики реактивных артритов. В нашей стране для диагностики серонегативных спондилоартритов используют критерии В. Amor и соавт. (1995), которые позволяют проводить балльную оценку (табл. 1). Для установления диагноза реактивного артрита используются критерии Американской ревматологической ассоциации:

- 1) серонегативный асимметричный артрит;
- 2) уретрит или цервицит, диарея;
- 3) воспалительные изменения глаз;
- 4) поражения кожи и слизистых оболочек.

Проводят клиническую (по характерным симптомам), лабораторную и рентгенологическую диагностику УРеА.

Лабораторная диагностика уrogenитального хламидиоза включает определение хламидий в мазках-соскобах, прямой иммунофлюоресцентный метод, культуральный метод, иммуноферментный анализ, полимеразную цепную реакцию.

Учитывая, что реактивные артриты относятся к группе



серонегативных спондилоартритов, обязательно *рентгенологическое исследование* осевого скелета:

1) рентгенография костей таза. Характерен сакроилиит, чаще односторонний или асимметричный двусторонний. Рентгенологически он в основном проявляется в хронической стадии заболевания. При отсутствии лечения, особенно этиотропного, направленного на элиминацию микроорганизма, происходят прогрессирование сакроилиита и изредка даже анкилозирование сакроилиальных сочленений;

2) рентгенография позвоночника. Чаще поражается поясничный отдел. Характерным является то, что при отсутствии выраженного нарушения подвижности могут формироваться синдесмофиты, грубые оссификаты в виде паравертебральных скобок, асимметрично расположенные;

3) рентгенография периферических суставов. Позволяет выявить редко наблюдающиеся эрозии плюснефаланговых суставов, как правило, асимметричные, которые при лечении могут значительно уменьшаться. Характерными проявлениями УРеА являются периоститы, «рыхлые» пяточные шпоры на месте подпяточного бурсита. Единой классификации реактивных артритов нет. При постановке диагноза целесообразно указать:

1) этиологию заболевания: УРеА, постэнтероколитический реактивный артрит с уточнением непосредственного этиологического агента;

2) клиническую характеристику суставного синдрома: моно-, олиго-, полиартрит; артралгии; параартикулярные поражения (ахиллодиния, подпяточный бурсит, подошвенный фасциит и т.д.); поражение осевого скелета (дорсалгии, сакроилиит — одно-, двусторонний, асимметричный, симметричный, периоститы позвонков, костей таза);

3) клиническую характеристику поражения очага инфекции в мочеполовом тракте: уретрит, простатит, эпидидимит у мужчин, цервицит, уретрит, сальпингит у женщин;

4) клиническую характеристику кожных проявлений: подногтевой гиперкератоз, бленнорейная кератодермия, цирцинарный баланит и др.;

5) поражение внутренних органов и его характер: сердца (миокардит, нарушения ритма и т.д.), почек (гломерулонефрит), нервной системы



(моно- и полиневриты; менингоэнцефалиты);

б) течение реактивных артритов: острое (до 6 мес), затяжное (<1 года), хроническое (>1 года), рецидивирующее (при наличии суставных атак воспаления в суставах, сменяющихся «светлыми» промежутками);

7) активность суставного синдрома, которая характеризуется клинико-лабораторными показателями. Клинические (проявления активного синовита): боль, выпот в сустав (его припухлость), болезненность при пальпации и т.д.; наличие активных воспалительных процессов в параартикулярных тканях; энтезиты. Лабораторные показатели активности: СРБ, увеличение СОЭ;

8) рентгенологические изменения — определение стадии сакроилиита;

9) степень функциональных нарушений.

Критерии классификации и/или диагностики серонегативных спондилоартропатий

Критерии	Баллы
<i>А. Клинические симптомы (статус или анамнез):</i>	
1. Ночная боль в поясничном отделе позвоночника или утренняя скованность в пояснице и спине	1
2. Асимметричный лигоартрит	2
3. Периодическая боль в ягодицах	2
4. «Сосискообразный» палец на кистях или стопах	2
5. Боли в пятке (талалгии) или другие болевые области, четко связанные с энтезопатиями	2
6. Ирит (иридоциклит)	2
7. Негонококковый уретрит или цервицит менее чем за 1 мес до дебюта артрита	1
8. Острая диарея за 1 мес или менее до дебюта артрита	1
9. Наличие в настоящее время или в анамнезе псориаза, и/или баланита, и/или хронического воспалительного	2



	заболевания кишечника	
<i>Б. Рентгенологические признаки:</i>		
	10. Сакроилиит (стадия II, если он двусторонний, или стадия III, если он односторонний)	3
<i>В. Генетическая предрасположенность:</i>		
	11. Наличие HLA B27 и/или наличие у родственников случаев реактивного артрита, увеита, псориаза, неспецифического язвенного колита или болезни Крона	2
<i>Г. Эффект лечения:</i>		
	12. Быстрое и отчетливое уменьшение боли за 48 ч после приема НПВП и/или быстрый рецидив боли после их отмены	2

Диагностическое правило: диагноз достоверен при 6 баллах и более

Этиотропная терапия УРеА хламидийной этиологии

Антибиотики	Суточная доза	Длительность курса, дни
Макролиды		
Эритромицин	0,5 г 4 раза	30
Спирамицин	3 000 000 ME 3 раза	28
Азитромицин	1-й день — 1,0 г, затем 0,5 г за 1 прием	29
Рокситромицин	0,3 г в 2 приема	30
Кларитромицин	0,5 г в 2 приема	30
Тетрациклины		
Тетрациклин	2,0 г в 4 приема	30
Метациклин	0,9 г в 3 приема	30



Диоксициклин	0,3 г в 3 приема	30
Моноциклин	0,2 г в 2 приема	30
Фторхинолоны		
Офлоксацин	0,3 г 2 раза	28
Ципрофлоксацин	0,5 г 2 раза	28
Пефлоксацин	0,4 г 2 раза	28
Ломефлоксацин	0,4 г 1 или 2 раза	28
Моксифлоксацин	0,4 г 1 раз в день	28

Противогрибковые средства во время курса антибиотиков, поливитамины. Повторное исследование на хламидии проводить не ранее чем через 4 нед после окончания антибиотикотерапии

Лечение реактивных артритов

После установления диагноза УРеА целесообразно определить лечебную тактику. Принципы лечения:

- 1) лечение очага инфекции — этиотропная терапия;
- 2) лечение суставного синдрома — системная противовоспалительная терапия, локальная или местная противовоспалительная терапия, базисная терапия, реабилитационная терапия;
- 3) профилактика УРеА.

Антибактериальная терапия должна отвечать следующим требованиям: высокая активность в отношении возбудителей (по рекомендации ВОЗ не менее 95%); высокая концентрация в тканях; значительное проникновение в клетки при внутриклеточной инфекции; простота применения; низкая токсичность; доступная стоимость; возможность приема во время беременности.

Примерные схемы антибактериальной терапии УРеА хламидийной этиологии включают использование макролидов, тетрациклинов и фторхинолонов. Длительность курса лечения определяется сроком, за который произойдет замена эпителия уретры, а также возможностью воздействия антибиотика на внутриклеточные формы хламидий. Курсы эффективны при неосложненных очагах инфекции. При формировании суставного синдрома показан длительный прием антибиотиков. Специалисты НИИ ревматологии РАМН (отделение воспалительных



заболеваний суставов) предлагают назначать антибиотики до 28—30 дней.

Особенность и трудность лечения современной хламидийной инфекции обусловлены тем, что недостаточно изучен патогенез инфекционного процесса; существует многоэтапный цикл развития *Chl. trachomatis*; имеется склонность к хронизации процесса; часто наблюдается микстинфекция; быстро формируется восходящая инфекция.

Препаратами выбора при лечении урогенного хламидиоза в современных условиях являются макролиды, среди которых наиболее эффективен азитромицин (биодоступность — 95%). В настоящее время предлагается следующая схема лечения азитромицином перорально: 1-й день — 1,0 г; 7-й день — 1,0 г; 14-й день — 1,0 г. На курс требуется 3,0 г. Через 1—1,5 мес проводится первое контрольное исследование, через 1 мес — второе и еще через 1 мес — третье. Группа макролидов действует и на микоплазмы, уреаплазмы, гарднереллы. Особенностью действия макролидов, в частности азитромицина, является то, что концентрация его в тканях во много десятков раз превышает таковую в плазме. После однократного приема она остается высокой и на 10—21-й день, в том числе в предстательной железе, матке; азитромицин может также накапливаться в фагоцитах.

Тетрациклины в настоящее время применяются реже, так как имеют большой спектр противопоказаний. Их не применяют у детей, беременных и кормящих матерей. Побочные эффекты: фотосенсибилизация, лекарственный гепатит, тромбоцитопения, агранулоцитоз.

Фторхинолоны — антибиотики резерва при лечении урогенного хламидиоза. Они применяются, когда невозможно назначить макролиды, противопоказаны беременным, кормящим матерям и детям, так как негативно влияют на кости скелета. Из фторхинолонов препаратом выбора для лечения хламидийной инфекции считается препарат IV поколения моксифлоксацин, его биодоступность составляет 95%. Препарат имеет двойной механизм действия, как и другие фторхинолоны поздних генераций (одновременно на топоизомеразы II и IV). Его концентрация в тканях также может превышать таковую в крови за счет макрофагов-переносчиков, концентрирующихся в очаге воспаления.



Лечение хламидийной инфекции у беременных и детей. У беременных не применяют тетрациклины и фторхинолоны. Из макролидов чаще показан спирамицин или рокситромицин. В основном преследуется цель предотвращения интранатального заражения плода. Лечение начинают после 12 нед беременности. Единого мнения о сроках лечения и дозах препарата нет. У детей применяют азитромицин, кларитромицин, вильпрофен. Противовоспалительная терапия суставного синдрома включает назначение НПВП, периартикулярное и внутрисуставное применения ГК и базисных противовоспалительных препаратов.

НПВП — основной метод лечения суставного синдрома. Выбор конкретного НПВП и способа его введения зависит от клинических особенностей суставного синдрома, его активности, сопутствующей патологии и переносимости препарата.

Локальная терапия суставного синдрома включает внутрисуставное и параартикулярное введение ГК (чаще применяется бетаметазон). Показанием является наличие синовита, бурсита. Местно можно применять мази и гели, содержащие НПВП.

Базисные противовоспалительные препараты назначают при затяжном и хроническом течение заболевания не ранее чем через 3 мес после начала симптоматической терапии. Имеются данные об эффективности длительного применения метотрексата в дозе 10—15 мг в неделю в течение 2—4 мес, сульфасалазина 2,0—3,0 г/сут на протяжении 3—4 мес. При хроническом течение УРеА дискутируется возможность кратковременного применения генно-инженерных биологических препаратов, в частности инфликсимаба, адалимумаба. Однако доказательных данных по этому вопросу нет, как и соответствующего показания в инструкциях по применению этих препаратов.

Реабилитация

Проводят физиотерапию (лазеротерапия, синусоидальные модулированные токи, фонофорез лекарственных веществ, магнитотерапия) с учетом выраженности суставного синдрома. При стихании острого воспалительного процесса назначают лечебную физкультуру и массаж.

Диспансеризация

Больные УРеА должны находиться на диспансерном учете у ревматолога и специалистов смежных дисциплин (уролога, окулиста,



гинеколога, дерматовенеролога). Следует помнить, что при длительном персистировании инфекции, в частности урогенной, все клинические проявления суставного синдрома будут трудно поддаваться лечению. Обязательно местное лечение очага инфекции. Таким образом, своевременная диагностика УРеА позволяет проводить его адекватную эффективную терапию.

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.



Criteriae de classification et/ou d aide au diagnostic? Rev Rheum 1995;62:11—6.

9. Антибактериальные препараты в клинической практике: Рук-во. Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009;232 с.

10. 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>

11. 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>