

## РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ.

*Определение.* Реактивный артрит – это асептическое воспаление суставов, развивающееся в ответ на внесуставную кишечную и урогенитальную инфекцию, часто ассоциированное с HLA-B27. Реактивный артрит (РеА) развивается у 5–10% детей, перенесших иерсиниоз, у 20% – перенесших диарею, вызванную *Salmonella typhimurium*. Чаще болеют мальчики в возрасте 8–12 лет. Реактивный артрит, ассоциированный с кишечными инфекциями, развивается в любом возрасте; связанный с хламидийной инфекцией – в подростковом у сексуально активных подростков. Реактивный артрит преимущественно развивается у носителей HLA-B27.

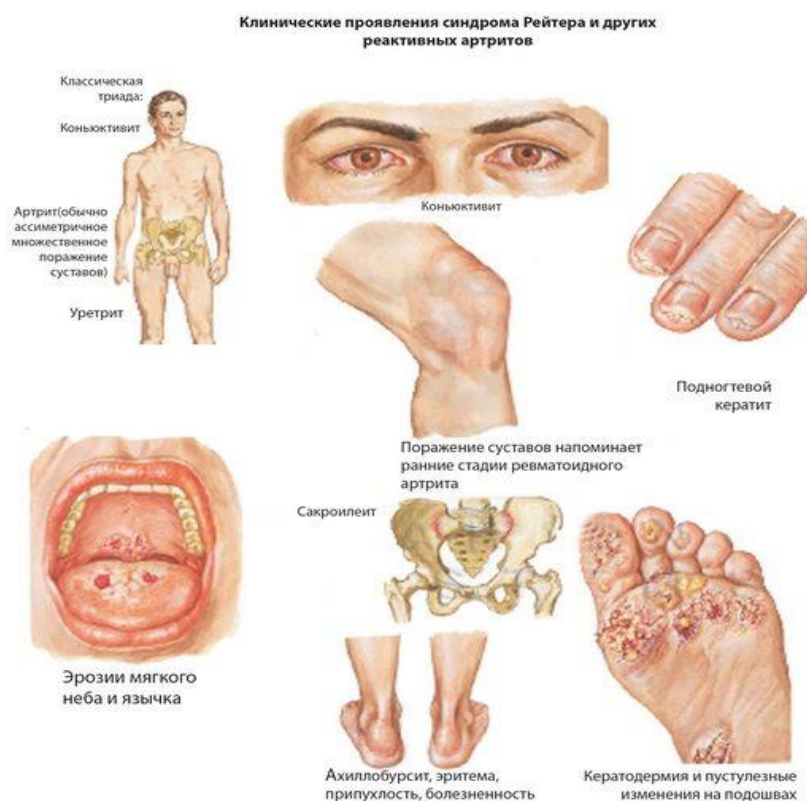
*Классификация.* Реактивный артрит: • урогенитальный; • постэнтероколитический.

*Клиническая картина.* Артрит, как правило, развивается через 1–4 нед после перенесенной инфекции. Урогенитальная инфекция, вызванная *Chlamydia trachomatis*, как правило, протекает бессимптомно, но может сопровождаться дизурией, частым мочеиспусканием, выделениями из уретры и (или) влагалища.

Суставной синдром. Варианты дебюта: • острый артрит с выраженной болью, в ряде случаев с гиперемией кожи над пораженными суставами; • артрит с незначительной или умеренно выраженной болью и отеком суставов в течение нескольких недель; • изолированный энтезит или в сочетании с артритом, теносиновитом или; • артралгии с последующим развитием артрита. Поражаются, как правило, коленные и голеностопные суставы, реже – метатарзофаланговые, проксимальные и дистальные межфаланговые суставы стоп. В процесс вовлекаются 2 или 3 сустава одного или более пальцев, развиваются теносиновит и бурсит. У пациентов, перенесших иерсиниоз или сальмонеллез, могут поражаться мелкие суставы кистей рук. В периферических суставах выражены экссудативные проявления;

пролиферативный синовит наблюдается редко. Могут развиваться воспалительные явления в суставах осевого скелета и сопровождаться болью в спине, крестцово-подвздошных сочленениях, скованностью и нарушением функции в шейном и поясничном отделах позвоночника.

*Внесуставные проявления.* У носителей HLA-B27 развиваются иридоциклит и классическая триада симптомов: артрит, конъюнктивит, уретрит. В остром периоде РеА наблюдаются лихорадка, снижение массы тела, слабость, мышечная слабость, которые могут сочетаться с полиартралгией, миалгией и утренней скованностью в пораженных суставах. Поражения слизистых оболочек и кожи (афтозный стоматит, узловатая эритема).



*Диагностика.* Лабораторные исследования. Биохимические и иммунологические исследования крови: повышение содержания СРБ; РФ, АНФ – отрицательные; высокие титры антител классов IgA, IgM к возбудителям артритогенных инфекций. Для диагностики инфекций, вызванных *Salmonella* или *Yersinia*, целесообразно проведение тестов, основанных на гемагглютинации. Микробиологические исследования:

выявление возбудителей артритогенных инфекций в фекалиях, соскобах со слизистых оболочек, в моче, крови и синовиальной жидкости. Молекулярно-генетическое исследование: определение HLA-B27. Инструментальные исследования: УЗИ суставов, рентгенография, МРТ.

Обобщенные критерии диагностики РеА, основанные на рекомендациях ACR и Берлинских критериях (1999).

*Лечение. Медикаментозное лечение* В остром периоде применяют НПВП не менее 2-х недель. При тяжелом полиартрите с функциональной недостаточностью суставов и полиэнтезите возможно назначение преднизолона *per os* в дозе 5–10 мг/сут. При выраженном синовите проводят внутрисуставные инъекции ГК. В связи с возможным неспецифическим воспалением слизистой оболочки кишечника у носителей HLA-B27 с резистентным артритом и энтезитом применяют сульфасалазин в дозе 30–50 мг/кг массы тела в сутки (max 1,5–2,0 г). Пациентам с иридоциклитом и кератодермией назначают метотрексат в дозе 15 мг/м<sup>2</sup> поверхности тела в неделю.

Доказанных данных об эффективности антибактериальной терапии нет. Но возможно применение защищенных пенициллинов или аминогликозидов (амикацин – 15 мг/кг в сут в/в или в/м 7-10 дней; нетилмицин – 4-6 мг/кг в сут в/в или в/м 7-14 дней) при РеА, ассоциированном с кишечной инфекцией; макролидов (азитромицин – внутрь за 1 ч до еды или через 2 ч после еды по 10 мг/кг один раз в сут в течение 1 сут, затем 5 мг/кг/сут в два приёма в течение 6—9 сут.; джозамицин внутрь 30—50 мг/кг/сут в три приёма в течение 10 сут.; рокситромицин внутрь 5—8 мг/кг/сут в два приёма в течение 10 сут.; спирамицин внутрь (перед применением содержимое пакетика следует растворить в воде) 1,5 млн МЕ/10 кг/сут в 2—3 приёма детям с массой тела более 20 кг; 0,75 млн МЕ в 2-4 приёма детям с массой тела 10-20 кг; 0,375 млн МЕ в 2-4 приёма детям с массой тела менее 10 кг в течение 10 сут.), доксициклина (внутри 4 мг/кг один раз в сут в течение 1 сут, затем 2

мг/кг один раз в сут, 7-10 сут (детям старше 8 лет с массой тела менее 50 кг), или 200 мг/сут в 1-2 приема в течение 1 сут, затем 100 мг один раз в сут в течение 7-10 сут (детям с массой более 50 кг) – при РеА, обусловленном хламидийной инфекцией.

*Исходы и прогноз.* У большинства детей с РеА, ассоциированным с *Yersinia* и *Campylobacter*, наблюдается 1 эпизод моноартрита или олигоартрита. Для РеА, обусловленного с другими микроорганизмами, характерно рецидивирующее течение олигоартрита или развитие полиартрита и энтезитов. У этих пациентов возможно выздоровление или трансформация в артрит, ассоциированный с энтезитом, или в спондилоартрит с поражением крестцовоподвздошных сочленений. Прогноз у детей с РеА, вызванным с *Chlamydia* и *Yersinia*, лучше, чем при РеА, обусловленном с *Shigella* и *Salmonella*.