Урогенные реактивные артриты: современные аспекты диагностики и лечения

Т.В. Аснер, А.Н. Калягин

Иркутский государственный медицинский университет

В статье представлены современные данные об урогенных реактивных артритах, которые будут полезны практическим врачам в процессе работы с больными, страдающими суставной патологией.

Ключевые слова: урогенные реактивные артриты, диагностика, лечение.

Контакты: Алексей Николаевич Калягин akalagin@mail.ru

UROGENIC REACTIVE ARTHRITIS: CURRENT ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

T.V. Asner, A.N. Kalyagin

Irkutsk State Medical University

The paper gives an update on urogenic reactive arthritis, which will be useful for practitioners during their work with patients with articular pathology.

Key words: urogenic reactive arthritis, diagnosis, treatment.

Contact: Alexey Nikolayevich Kalyagin akalagin@mail.ru

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 [1, 2]. 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. [3]), 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 Spondyloarthropathy 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 У.И. 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 повы-

шенного риска — у больных, страдающих негонokokковыми уретритами (НГУ) [4]. По данным разных авторов, распространенность УРеА у больных с неспецифическими (негонokokковыми) 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 [5, 6].

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 [2, 6].

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 урогенитальных 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

ЛЕКЦИЯ

(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 мочеполая 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 течении УРсА.

Для УРсА 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 подпяточного 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 УРсА. Многие авторы считают, что характерные изменения при такой стопе, включающие ахиллодинию, подошвенный фасциит, подпяточный бурсит, формирующееся плоскостопие, являются такой же «визитной карточкой» больных УРсА, 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 УРсА. 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, орхидидидимита, нередко стриктуры уретры. Особо следует отметить простатит, возникающий как осложнение урогенитального хламидиоза. Именно ему отводится ключевая роль в формировании УРсА. 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-гнояного цервицита, сальпингита.

ЛЕКЦИЯ

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 тяжелых. При остром процессе она носит фебрильный характер, иногда достигая 39 °С и выше, при подостром и затяжном течении — чаще субфебрильный. Лихорадка не всегда сопутствует воспалению.

Поражения сердечно-сосудистой системы встречаются значительно чаще, чем диагностируются, особенно при остром и подостром течении УРеА. Миокардит проявляется одышкой, тахикардией, нередко нарушениями ритма по типу экстрасистол, преходящей мерцательной аритмией. 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 экстрасистолы 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 [7].

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 цирцинарный 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.

Диагностика реактивных артритов

Критерии диагностики реактивных артритов. По решению рабочего совещания в Берлине, в 1999 г. были приняты новые критерии диагностики реактивных артритов [3]. В нашей стране для диагностики серонегативных спондилоартритов используют критерии В. Амог и соавт. (1995), которые позволяют проводить балльную оценку (табл. 1) [8]. Для установления диагноза реактивного артрита используются критерии Американской ревматологической ассоциации [2]: 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 урогенитального 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 фасцит 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);

6) течение реактивных артритов: острое (до 6 мес), затяжное (<1 года), хроническое (>1 года), рецидивирующее

ЛЕКЦИЯ

Таблица 1. Критерии классификации и/или диагностики серонегативных спондилоартропатий [8]

Критерии	Баллы
А. Клинические симптомы (статус или анамнез):	
1. Ночная боль в поясничном отделе позвоночника или утренняя скованность в пояснице и спине	1
2. Асимметричный олигоартрит	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 заболевания кишечника	2
Б. Рентгенологические признаки:	
10. Сакроилиит (стадия II, если он двусторонний, или стадия III, если он односторонний)	3
В. Генетическая предрасположенность:	
11. Наличие HLA B27 и/или наличие у родственников случаев реактивного артрита, увеита, псориаза, неспецифического язвенного колита или болезни Крона	2
Г. Эффект лечения:	
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	

Таблица 2. Этиотропная терапия УРеА хламидийной этиологии

Антибиотики	Суточная доза	Длительность курса, дни
Макролиды		
Эритромицин	0,5 г 4 раза	30
Спирамицин	3 000 000 МЕ 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		
Тетрацилин	2,0 г в 4 приема	30
Метацилин	0,9 г в 3 приема	30
Диоксицилин	0,3 г в 3 приема	30
Моноцилин	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

(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.

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

ЛЕКЦИЯ

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 (табл. 2). Длительность курса лечения определяется сроком, за который произойдет замена эпителия уретры, а также возможностью воздействия антибиотика на внутриклеточные формы хламидий [9]. 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 так-

же 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В. и др. Критерии диагноза реактивных артритов (проект). Науч. практик 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 discus-

- sion 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., Самхаралзе 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., Lestrat V. Les criteres de spondyloarthropathies. Criteres 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.