

СИНДРОМ РЕЙТЕРА – ФИССЕНДЖЕРА ИЛИ РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ, ИЛИ УРОГЕННЫЙ АРТРИТ

Г.К. МИНДУБАЕВ,

врач-рентгенолог высшей категории, зав. рентгеновским отделением НИЦТ «ВТО»

Это заболевание еще именуется как уретро-окуло-синовиальный или конъюнктивно-уретро-синовиальный синдром, а в конце 1960-х годов англичане назвали это заболевание сокращенно SAKA – половой приобретенный урогенный артрит.

Впервые синдром был описан в 1916 году немецким врачом Н.Рейтером и почти одновременно с ним французскими врачами Н.Фиссенджером и Е.Леруа. Этиология заболевания сейчас установлена. Возбудителем является хламидия. Урогенные артриты связаны также с уреплазмой, но ее роль пока лишь обсуждается.

Полную картину болезни Рейтера (классическую триаду – поражение гениталий, глаз, суставов) дают только хламидии. Хламидиоз – наиболее распространенное заболевание, передающееся половым путем. По данным Всемирной организации здравоохранения, хламидиозом ежегодно заболевают около 50 миллионов человек. Однако синдром Рейтера-Фиссенджера развивается не у всех, а лишь у 3% заболевших. Немаловажны возраст пациента, его пол и степень сексуальной активности. У мужчин болезнь Рейтера развивается примерно в 20 раз чаще, чем у женщин. Среди заболевших урогенным артритом преобладают молодые мужчины в возрасте до 40 лет. Встречается заболевание среди детей и подростков; путь их заражения не ясен.

Хламидии разносятся током крови за счет фагоцитоза их клетками крови и экспортом их в разные органы и ткани. Хламидии во всех случаях выделяются из синовиальной (суставной) жидкости

больного, а это значит, что они сохраняются там, провоцируя воспаление. Таким образом, болезненный очаг в гениталиях может исчезнуть в результате лечения, а в суставах остается перстистирующая инфекция. Причем хламидии сохраняются там в измененном виде и чрезвычайно трудно поддаются медикаментозному лечению. При гистологическом исследовании биоптатов синовиальной оболочки обнаруживают фибриноидные наложения, клеточную инфильтрацию, сосудистые изменения, утолщение слоя синовиоцитов. Скорее это заболевание можно уподобить гонококковому артриту, который тоже приобретает половым путем и при котором возбудитель легко выделяется из суставной жидкости.

Однако артрит, спровоцированный хламидиями, не гнойный, как при гонорее. Это нужно учитывать при дифференцированной диагностике.

При урогенном артрите процесс обычно двусторонний, асимметричный крупных и средних суставов ног (коленных, голеностопных), очень редко мелких. При ревматоидном – мелких суставов ладоней и стоп (II, III, IV пястных, проксимальных межфаланговых суставов этих пальцев, пястно-запястного, запястного суставов).

Для болезни Рейтера характерен симптом «лестницы» – поражение суставов снизу вверх с постепенным вовлечением суставов верхних конечностей. При болезни Рейтера в большинстве случаев появляются боли в пятках, сосискообразное поражение отдельных пальцев ног.

Для постановки диагноза необходимо учитывать ряд сопутствующих факторов: наличие хотя бы легкого дискомфорта со стороны мочеполовой системы, жалобы на резь в глазах. Поражение глаз обычно двустороннее, проявляется в виде катарального конъюнктивита небольшой продолжительности (от нескольких дней до 2 недель). Редко отмечается его затяжное течение (до 7 месяцев); увеит, эписклерит, кератит встречаются редко.

Для болезни Рейтера характерны поражения кожи и других слизистых оболочек: трещины, часто довольно болезненные, на ладонях и стопах, отслаивание, тусклость и ломкость ногтей. Наблюдаются эрозии (язвочки) в ротовой полости, может повышаться температура, иногда до высоких цифр, но чаще до субфебрильных ($37-37,3^{\circ}$). Больные испытывают лихорадочное состояние, у многих припухают лимфоузлы, чаще всего паховые. Может возникнуть цистит или пиелонефрит, иногда поражаются сердце и аорта. Поражение аорты преобладает у больных с периферическим артритом, спондилитом и сакролеитом. У мужчин довольно часто развивается баланопостит (воспаление головки полового члена и крайней плоти; при этом отмечают покраснение, отечность головки, ее поверхность и крайнюю плоть покрывают изъязвления, вызывающие зуд и жжение).

При нахождении хламидии в измененном виде в организме сохраняются определенные условия: вновь вернуться в половые пути и реинфицировать организм. Ослабление иммунитета, стресс, беременность способны привести к тому, что инфекция активизируется и вновь оказывается в гениталиях. Существует потенциальная опасность передачи ее половым путем партнеру или внутриутробно от матери к плоду. Именно поэтому большое внимание следует уделять профилактике хламидиоза. О нем частенько забывают в тени таких опасных болезней, как СПИД, сифилис, туберкулез. Между тем хламидиоз в силу своей широчайшей распространенности и возможных тяжелых осложнений представляет на сегодняшний день вполне реальную угрозу здоровью нации.

Для болезни Рейтера характерно наличие бурситов, ахиллобурситов, фасцитов, фиброоситов. Изменения в суставах появляются обычно через 1–4 недели от начала уретрита, или глазных симптомов, или же их сочетания. Они характеризуются

упорной артралгией, экссудативными явлениями на фоне нарушений общего состояния, температурной реакции. Довольно рано развивается атрофия мышц. Нередко отмечаются признаки поражения позвоночника, главным образом грудного и поясничного отделов, а также крестцово-подвздошного сочленения (обычно одностороннее). По данным В.М.Чепоя (1978), клинически спондилоартрит проявляется болями в пояснице, ягодичных мышцах, иногда с иррадиацией в бедро или пах, реже бывают боли в грудном и шейном отделах позвоночника. Они носят продолжительный характер, усиливаются при физической нагрузке, длительном пребывании в одном положении. Функция позвоночника страдает незначительно, редко наблюдается изменение осанки. В некоторых случаях при отсутствии клинических признаков поражения позвоночника рентгенографически выявляются изменения со стороны позвонков и крестцово-подвздошных сочленений.

Течение артрита различное. У некоторых больных он быстро ликвидируется без остаточных явлений, у других – рецидивирует и примерно у 50% принимает хроническое течение. Рецидиву артрита нередко предшествует обострение заболевания в мочеыводящих путях.

Довольно характерно для синдрома Рейтера поражение кожи и слизистых, проявляющееся в виде пустулезных, уртикарных, пузырьковых высыпаний и псориазоподобных элементов. Они могут локализоваться на любых участках кожных покровов, быть как очаговыми, так и распространенными, преобладая иногда в клинической картине болезни. Чаще всего встречаются кератодермия стоп и эрозивный баланопостит, реже – высыпания типа многоформной эритемы.

Кератодермия начинается с появления везикуло-булезно-пустулезных элементов, которые затем ороговевают, отпадают, и наступает заживление кожи. По данным И.И.Ильина и Ю.Н.Ковалева (1976), кератодермия у взрослых больных обнаруживается при длительном течении заболевания, локализуется чаще на подошвах и почти всегда сочетается с распространенными высыпаниями на коже и слизистых оболочках.

Кожно-слизистые элементы вокруг головки полового члена и «бленнорейная» кератодермия встречаются настолько часто при этом заболевании, что, по мнению

многих исследователей, наряду с триадой основных симптомов, они считаются весьма характерными для синдрома Рейтера.

При тяжелых формах нередко паронихии, которые сочетаются с онихогрифозом и подногтевым гиперкератозом. Возможно поражение и внутренних органов, наиболее часто – сердца, аорты, почек, выявляемое при хроническом течении болезни и в поздней ее фазе. Поражение аорты преобладает у больных с периферическим артритом, спондилитом и сакроилеитом (Чепой В.М., 1978).

Диагноз в ранней стадии болезни ставится главным образом на основании клинических признаков: конъюнктивита, поражения мочеполовых органов, артрита одного или нескольких суставов, преимущественно нижних конечностей, изменений кожи и слизистых.

При рентгенографии суставов в этом периоде определяют только эпифизарный остеопороз. Клинический анализ крови, данные биохимического ее исследования не выявляют сколько-нибудь характерных отклонений. Повышение СОЭ, лейкоцитоз, увеличение мукоидных соединений сыворотки крови, С-реактивного белка наблюдаются лишь при выраженных воспалительных явлениях.

При затяжном и хроническом течении рентгенологические изменения напоминают псориазические (Steinbush, Jensen, 1976). При локализации процесса в области мелких суставов кистей и стоп определяется каплевидная форма ногтевой фаланги, костная пролиферация основания пальцев и деструкция межфаланговых суставов, а также метатарзофаланговых суставов с латеральной девиацией и дорсальным смещением. Характерны периостальные наслоения в области краев надколенника, лодыжек, пяточных костей («рыхлые» пяточные шпоры). Рентгенологические изменения позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений не отличаются от таковых в начальной фазе болезни Бехтерева (Чепой В.М., 1978). Закономерным является небольшая степень костной деструкции (Wagenhauser, 1976), в том числе и при хронических формах болезни.

Дифференциальный диагноз проводят с артритами острого, подострого и хронического течения (ревматоидным, инфекционно-аллергическим, гонококковым), а также болезнью Бехтерева и некоторыми другими.

Из-за большого сходства с болезнью Бехтерева И.И.Ильин и Ю.Н.Ковалев (1978) рекомендуют учитывать следующие особенности болезни Рейтера, отличающие ее от анкилозирующего спондилоартрита: более острое начало и выраженная у многих больных цикличность течения со склонностью к спонтанным ремиссиям, ранняя мышечная атрофия, характерные кожные изменения.

Лечение. Сложность терапии объясняется тем, что хламидийная инфекция, персистирующая в суставах, более устойчива к существующим антибиотикам, чем при обычном, не осложненном урогенитальном хламидиозе. Учитывая сложный и длительный цикл развития хламидий, назначаются антибиотики в течение месяца в высоких дозах: тетрациклины (доксиалин – 0,1 г в сутки x 3 раза, метациклин – 0,3 г x 3 раза в день, тетрациклин – 2 г в сутки на 4 приема), фторхинолоны (0,2 г x 3 раза в день, максаквин – 0,4 г x 1–2 раза сутки, цiproфлоксацин – 0,5 г x 3 раза в день), макролиды (эритромицин – 2 г в сутки x 4 приема, сумамед – 0,5 г в сутки x 1 прием). Антибиотики пенициллинового ряда и цефалоспорины больным хламидиозом принимать нельзя: под их воздействием образуются устойчивые к медикаментозным средствам формы хламидий. Одновременно необходим прием противогрибковых средств (нистатина или леворина), так как при терапии антибиотиками часто активизируется дрожжеподобный грибок *candida albicans*. В качестве иммуностимуляторов используют тактивин, тимоптин (по 100 мкг) или тималин (10 мг) в виде инъекций. Эти средства следует вводить ежедневно первые 5 дней, далее – 2 раза в неделю. Назначаются нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, ибупрофен, пироксикам), местно вводятся кортикостероиды. При агрессивном течении заболевания возможно применение метотрексата и азатиоприна по 10–30 мг еженедельно на протяжении 5–15 недель. Рекомендуется также прием поливитаминов. Контрольные анализы следует сдавать через 1–3 месяца после окончания курса лечения.

Прогноз у большинства больных благоприятный. В случаях упорного хронического течения он отягчается возможным развитием амилоидоза и других висцеральных проявлений.