



Фотоферез в комплексном лечении урогенитального реактивного артрита (болезни Рейтера)

Петрова М.С. • Кильдюшевский А.В. • Молочкова Ю.В.

В статье сообщается об успешном применении метода экстракорпоральной фотохимиотерапии (фотофереза) в комплексном лечении 9 пациентов с урогенитальным реактивным артритом (болезнью Рейтера).

Ключевые слова: урогенитальный реактивный артрит, болезнь Рейтера, фотоферез.

Петрова Марина Сергеевна – науч.

сотр. отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация. Тел.: +7 (499) 408 10 51. E-mail: marina.s.petrova@gmail.com

Кильдюшевский Александр

Вадимович – д-р мед. наук, профессор, вед. науч. сотр. отделения хирургической гемокоррекции и детоксикации¹

Молочкова Юлия

Владимировна – науч. сотр. отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии¹

Урогенитальный реактивный артрит, или болезнь Рейтера, проявляется сочетанным поражением мочеполовых органов в форме негонококкового (хламидийного) уретрита, воспалением суставов по типу асимметричного реактивного артрита, поражением глаз, кожи, сердца и др. [1, 2]. Это не только наиболее частая причина острого артрита у мужчин сексуально активного возраста [3, 4], но и довольно сложная междисциплинарная проблема, прежде всего для ревматологов, дерматовенерологов и терапевтов [1]. Важную роль в развитии урогенитального реактивного артрита играют иммунные механизмы [5], что позволяет рассчитывать на возможность совершенствования подходов к диагностике и лечению этого заболевания с применением методов иммунологии [6, 7, 8].

В последние годы лечение урогенитального реактивного артрита основано на длительном (2–3 месяца) применении противохламидийных антибиотиков [6], цитостатических препаратов (метотрексат, азатиоприн и др.), иммуносупрессантов, ароматических ретиноидов [9, 10, 11], которые даже при комплексном применении зачастую неэффективны. В связи с этим заболевание является частой причиной инвалидизации, в том числе мужчин молодого возраста [12]. Назначение же блокаторов фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) – инфликсимаба, этанерцепта, адалимумаба [13, 14] – при заболеваниях, вызванных инфекцией, может дать непредсказуемый результат, поскольку ФНО-α является ключевым компонентом защиты организма от инфекций. А значит, до получения результатов контролируемых исследований эти препараты рекомендуется применять

лишь при урогенитальном реактивном артрите, рефрактерном к обычной терапии [15, 16, 17]. При анализе литературы, посвященной лечению урогенитального реактивного артрита, наше внимание привлекли сообщения об успешном применении при СПИД-ассоциированном урогенитальном реактивном артрите метода экстракорпоральной фотохимиотерапии (фотофереза).

Целью настоящего исследования было изучение клинической эффективности использования в комплексном лечении больных урогенитальным реактивным артритом метода фотофереза, который с успехом применяется при лечении больных такими аутоиммунными заболеваниями, как пурпурчатка, системная красная волчанка, системная склеродермия.

Под нашим наблюдением находились 9 пациентов (7 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 22 до 46 лет, страдающих урогенитальным реактивным артритом II стадии. В 2 случаях выявлена острая форма заболевания со среднетяжелым течением, в 7 – хроническая форма со среднетяжелым течением. Ранее 6 больных безуспешно лечились в других учреждениях, в том числе глюкокортикостероидными препаратами (внутри) или внутримышечными инъекциями бетаметазона (Дипроспан).

В отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (МОНИКИ) пациенты получали комплексное лечение бетаметазоном 1 мл внутримышечно (1–2 инъекции), антибиотикотерапию противохламидийными препаратами – спирамицин (Ровамицин) лимфотропно в голень на гиалуронидазе (Лидаза) (15 инъекций), ферментотерапию – Вобэнзим по 5 таблеток 3 раза в сутки 20 дней, физиотерапию (крайневысоко-частотная терапия, барокамера). Назначалось также адекватное местное лечение: мужчинам – массаж предстательной железы, инстилляций уретры соком каланхоэ с прокаинам (Новокаин),

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



туширование семенного бугорка 10% нитратом серебра; женщинам – ванночки с 2% серебра протеинатом (Протаргол) в глицерине, тампоны с субстратом Балдонской грязи. В качестве симптоматической терапии использовались нестероидные противовоспалительные препараты.

В результате лечения у всех больных было отмечено не только клиническое и микробиологическое излечение хронического хламидийного уретропро- статита (сальпингоофорита), но и уменьшение оте- чности и гиперемии пораженных суставов, исчезно- вение в них боли и утренней скованности, в связи с чем была отменена глюкокортикостероидная

и симптоматическая терапия. Лечение способ- ствовало нормализации супрессорной функ- ции Т-лимфоцитов с уменьшением пролифера- ции CD4⁺-клеток и дифференцировки наивных Т-супрессоров со стимуляцией продукции цитоки- нов, характерных для Th1-типа иммунного ответа.

С помощью реакции прямой иммунофлюорес- ценции видимо здоровой кожи было констатиро- вано уменьшение интенсивности или отсутствие характерного для урогенитального реактивного артрита отложения депозитов иммуноглобулинов класса G в верхней части сетчатого и сосочкового слоев дермы [6, 17].

Литература (References)

1. Ковалев ЮН, Ильин ИИ. Болезнь Рейтера. Че- лыбинск: Вариант-книга; 1993. 224 с. (Kovalev YuN, Il'in II. Reiter's disease. Che- lyabinsk: Variant-kniga; 1993. 224 p. Russian).
2. Carter JD, Gérard HC, Espinoza LR, Ricca LR, Valeriano J, Snelgrove J, Oszust C, Vasey FB, Hudson AP. Chlamydiae as etiologic agents in chronic undifferentiated spondylarthritis. *Arthritis Rheum.* 2009;60(5):1311–6.
3. Хансфилд Х. Заболевания, передающиеся половым путем. Цветной атлас-справочник. [Пер. с англ.]. М.: БИНОМ; 2004. 296 с. (Handsfield H. Sexually transmitted diseases. Color reference atlas. Moscow: BINOM; 2004. 296 p. Russian).
4. Arora S, Arora G. Reiter's disease in a six-year- old girl. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2005;71(4):285–6.
5. Laasila K, Laasonen L, Leirisalo-Repo M. Antibio- tic treatment and long term prognosis of reac- tive arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2003;62(7):655–8.
6. Magro CM, Crowson AN, Peeling R. Vasculitis as the basis of cutaneous lesions in Reiter's disease. *Hum Pathol.* 1995;26(6):633–8.
7. Mazzoli S, Meacci F, Cosco E, Poggiali C. Clinical consequences of immune responses to Chlamydia in men. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1996;4(3):136–42.
8. Молочков ВА, Альбанова ВИ, Петрова МС, Бе- лецкая ЛВ. Результаты сравнительных гисто- логических и иммуноморфологических изме- нений кожи при болезни Рейтера и псориазе. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2001;(3):13–7. (Molochkov VA, Al'banova VI, Petrova MS, Belets- kaya LV. [Comparison of histological and immu- nomorphological skin changes in Reiter's dis- ease and psoriasis]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2001;(3):13–7. Rus- sian).
9. Clegg DO, Reda DJ, Weisman MH, Cush JJ, Va- sey FB, Schumacher HR Jr, Budiman-Mak E, Ba- lestra DJ, Blackburn WD, Cannon GW, Inman RD, Alepa FP, Mejias E, Cohen MR, Makkena R, Mahowald ML, Higashida J, Silverman SL, Par- hami N, Buxbaum J, Haakenson CM, Ward RH, Manaster BJ, Anderson RJ, Ward JR, Hender- son WG. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of reactive arthritis (Reiter's syndrome). A department of vete- rans affairs cooperative study. *Arthritis Rheum.* 1996;39(12):2021–7.
10. Louthrenoo W. Successful treatment of severe Reiter's syndrome associated with human immunodeficiency virus infection with etretinate. Report of 2 cases. *J Rheumatol.* 1993;20(7):1243–6.
11. Williams HC, Du Vivier AW. Etretinate and AIDS-related Reiter's disease. *Br J Dermatol.* 1991;124(4):389–92.
11. Yli-Kerttula T, Möttönen T, Toivanen A. Different course of reactive arthritis in two HLA-B27 positive brothers with fatal outcome in one. *J Rheumatol.* 1997;24(10):2047–50.
12. Meador R, Hsia E, Kitumnuaypong T, Schuma- cher HR. TNF involvement and anti-TNF therapy of reactive and unclassified arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2002;20(6 Suppl 28):S130–4.
13. Kaipainen-Seppänen O, Niinisalo H, Kor- pilähde T, Virolainen J. Treatment of reactive arthritis with infliximab. *Scand J Rheumatol.* 2003;32(2):122–4.
14. Felipe OJ, Beltrán A, Romero MC, Valle RR. Clinical response to infliximad in a patient diagnosed with reactive arthritis at the hospital militar central in Bogota. *J Clin Rheumatol.* 2006;12 Suppl 4:S68.
15. Rihl M, Klos A, Köhler L, Kuipers JG. Infection and musculoskeletal conditions: Reactive arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2006;20(6): 1119–37.
16. Flores D, Marquez J, Garza M, Espinoza LR. Reactive arthritis: newer developments. *Rheum Dis Clin North Am.* 2003;29(1):37–59.
17. Молочков ВА, Ильин ИИ. Хронический уре- трогенный простатит. М.: Медицина; 2004. 288 с. (Molochkov VA, Il'in II. Chronic urethrogenic prostatitis. Moscow: Meditsina; 2004. 288 p. Rus- sian).

Photopheresis in the comprehensive treatment of urogenital reactive arthritis (Reiter's disease)

Petrova M.S. • Kil'dyushevskiy A.V. • Molochkova Yu.V.

The article reports successful use of extracorporeal photochemotherapy (photopheresis) in the compre- hensive treatment of 9 patients with urogenital reactive arthritis (Reiter's disease).

Key words: urogenital reactive arthritis, Reiter's disease, photopheresis.

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation

Petrova Marina Sergeevna – Research Associate, Derma- tovenereology and Dermato-Oncology Department¹
✉ 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (499) 408 10 51. E-mail: marina.s.petrova@gmail.com

Kil'dyushevskiy Aleksandr Vadimovich – MD, PhD, Professor, Leading Research Associate, Surgical Hemocorrection and Detoxication Department¹

Molochkova Yuliya Vladimirovna – Research Associate, Dermatovenereology and Dermato-Oncology Department¹