



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 уретропростатита (сальпингоофорита), но и уменьшение отечности и гиперемии пораженных суставов, исчезновение в них боли и утренней скованности, в связи с чем была отменена глюкокортикостероидная

и симптоматическая терапия. Лечение способствовало нормализации супрессорной функции Т-лимфоцитов с уменьшением пролиферации CD4⁺-клеток и дифференцировки наивных Т-супрессоров со стимуляцией продукции цитокинов, характерных для Th1-типа иммунного ответа.

С помощью реакции прямой иммунофлюоресценции видимо здоровой кожи было констатировано 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. Челябинск: Вариант-книга; 1993. 224 с. (Kovalev YuN, Il'in II. Reiter's disease. Chelyabinsk: 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. Antibiotic treatment and long term prognosis of reactive 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, Белецкая ЛВ. Результаты сравнительных гистологических и иммуноморфологических изменений кожи при болезни Рейтера и псориазе. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2001;(3):13–7. (Molochkov VA, Al'banova VI, Petrova MS, Beletskaya LV. [Comparison of histological and immunomorphological skin changes in Reiter's disease and psoriasis]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2001;(3):13–7. Russian).
9. Clegg DO, Reda DJ, Weisman MH, Cush JJ, Vasey FB, Schumacher HR Jr, Budiman-Mak E, Balettra DJ, Blackburn WD, Cannon GW, Inman RD, Alepa FP, Mejias E, Cohen MR, Makkena R, Mahowald ML, Higashida J, Silverman SL, Parhami N, Buxbaum J, Haakenson CM, Ward RH, Manaster BJ, Anderson RJ, Ward JR, Henderson WG. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of reactive arthritis (Reiter's syndrome). A department of veterans 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, Schumacher HR. TNF involvement and anti-TNF therapy of reactive and unclassified arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2002;20(6 Suppl 28):S130–4.
13. Kaipiainen-Seppänen O, Niinisalo H, Korpiälä 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 уретрогенный простатит. М.: Медицина; 2004. 288 с. (Molochkov VA, Il'in II. Chronic urethrogenic prostatitis. Moscow: Meditsina; 2004. 288 p. Russian).

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 comprehensive 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, Dermatovenereology 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