

ство наполнения и тяжести в желудке – у 6, диарея-у3) могли быть связаны именно с этими препаратами.

Использованный нами метод оценки эффективности мидокалма является полуобъективным, однако он достаточно полно отражает динамику болевых ощущений и ограничения физической жизнедеятельности больного с суставно-мышечными заболеваниями, составляющих основу жалоб этой категории пациентов.

Необходимо подчеркнуть, что при этом оцениваются изменения со стороны симптомов болезней, а не их сущности. Следует также учитывать, что на величину индексов боли и функции у конкретных больных могут вли-

ять различные факторы: метеоусловия, индивидуальный порог боли, выносливости и т.д. Данные аспекты в нашей работе не анализировались. В целом, представляется правомерным утверждать, что мышечная релаксация и улучшение микроциркуляции с помощью препарата мидокалма, вводимого в комплексную схему лечения больных с различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, проявляющимися болевым синдромом и нарушениями функции движения, способствуют усилению лечебного эффекта. Мидокалм может быть рекомендован в качестве вспомогательного средства лечения данной категории больных.

Abstract

Midocalm 300-450 mg/day was used as an addition to the complex therapy (anti-inflammatory drugs, exercise therapy, physical therapy) in 52 patients with different locomotor system diseases. The results were compared with the data in 45 patients who received only complex therapy. Drug efficacy was assessed using pain and function scores. Addition of midocalm to the treatment provided significantly better values of both scores.

Key words: rheumatic disorders, Midocalm

Поступила 10.01.02.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК: 616.643-002-06:616.72-002-07-035.7

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

А.П. Ребров, О.Л. Александрова, Е.В. Ильиных, Ю.А. Стаценко
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов.

Резюме.

Проведен анализ особенностей течения реактивного артрита у 46 пациентов, направленных с диагнозом болезнь Рейтера. Классическая картина заболевания отмечалась у 33 (72%), abortивная форма – у 13 пациентов (28%). Ошибочные диагнозы констатированы в 12 случаях, в основном, у больных с abortивной формой реактивного артрита. У 2 пациентов со временем развился анкилозирующий спондилоартрит, у одной пациентки – ревматоидный артрит.

Ключевые слова: реактивный артрит, дифференциальная диагностика

В последние годы под термином «реактивные артриты» (РеА) рекомендовано понимать те артриты, которые развиваются после инфекции *Chlamydia trachomatis* (урогенные артриты) и после кишечных инфекций (постэнтероколитические артриты), которые сочетаются с типичной клинической картиной, отвечают критериям спондилоартропатий и могут ассоциироваться с HLA-B27 [1, 8]. Артриты, связанные с иными инфекционными агентами, не называются «реактивными», а должны быть объединены термином «артриты, связанные с инфекцией» [8]. РеА, связанный с негонококковой инфекцией мочеполового тракта, относится к категории серонегативных спондилоартропатий, которые характеризуются перекрестной и сочетанной клинической симптоматикой. При этом у врача нередко возникают серьезные трудности в дифференциальной диагностике спондилоартритов.

В последние годы широкое внедрение методов выявления уrogenитального хламидиоза привело к улучшению диагностики РеА, однако ошибочная трактовка суставного синдрома приводит к гипердиагностике этого заболевания, особенно в случае сочетания дебюта ревматоидного артрита (РА) с уrogenитальной хламидийной инфекцией [3]. Наряду с этим разнообразие клинических проявлений, несовпадение их во времени создают сложности при диагностике РеА, в связи с чем многие больные до обращения к ревматологу лечатся у окулиста, хирурга, уролога, дерматолога.

В задачу исследования входило изучение особенностей течения уrogenного РеА (болезни Рейтера) и причин ошибочной постановки диагноза. Под наблюдением находилось 46 пациентов, поступивших в ревматологическое отделение Областной клинической больницы с направительным диагнозом «болезнь Рейтера». Среди 46 пациентов было 38 мужчин и 8 женщин в возрасте от 14 до 48 лет, с длительностью заболевания от 3 мес до 5 лет. Острое течение заболевания с длительностью до 6 мес отмечено у 10 больных, подострое – с длительностью заболевания от 6 до 12 мес – у 14, хроническое – свыше 12 мес – у 22 пациентов.

Адрес для переписки:

А.П. Ребров,

410031, г. Саратов, ул. Первомайская, 47/53-32

тел.: 8452-51-49-60,

e-mail: rebrov@sgu.ru

Развитие заболевания после хламидийной инфекции мочеполовых путей установлено у подавляющего большинства пациентов (в 45 случаях из 46), и только у одного больного имел место энтероколитический РеА. Для выявления урогенитальной хламидийной инфекции использовался метод непрямой иммунофлюоресценции соскоба из уретры или цервикального канала и при необходимости - метод ДНК-диагностики. Наряду с этим с помощью иммуноферментного метода определялись антитела к хламидиям класса А, М, G.

HLA типирование было проведено у 25 больных, из них 23 пациента явились носителем антигена В27. У двух пациентов с отсутствием данного антигена была типичная клиника РеА, но отсутствовал сакроилеит, с которым, как известно, ассоциируется носительство антигена В27.

Классическая картина заболевания, включающая артрит, поражение глаз и урогенитального тракта, отмечена у 33 пациентов (72%). Среди них были все 10 больных с острым течением, 10 из 14 - с подострым, 13 из 22 - с хроническим течением РеА.Abortивная форма РеА с отсутствием или быстропреходящими, незаметными для больного поражениями глаз или урогенитального тракта выявлена в 13 случаях (28%). При данной форме заболевания у 4 пациентов установлено подострое, у 9 - хроническое течение. Ошибочный диагноз был поставлен лишь у одного больного (2% случаев) в группе пациентов с классической формой и у 11 пациентов (24% случаев) - с abortивной формой РеА.

Среди ошибочных диагнозов в дебюте заболевания у одного больного выставлялся диагноз подагры в связи с вовлечением в патологический процесс I плюснефалангового сустава с интенсивной болью и изменением окраски кожи над пораженным суставом, у двух пациентов подросткового возраста с хроническим тонзиллитом - ревматический полиартрит, у 3 - с асимметричным поражением суставов верхних и нижних конечностей - РА. У одной больной с поражением суставов предплюсны и эритематозным изменением кожи было ошибочно диагностировано рожистое воспаление. Двум пациентам в возрасте старше 35 лет первоначально выставлялся диагноз остеоартроза. У одной больной с тяжелым поражением глаз (увеитом), сопровождавшимся высокой лихорадкой, выраженным олигоартритом, миалгиями, проводилась дифференциальная диагностика с группой диффузных заболеваний соединительной ткани, что согласуется с аналогичной точкой зрения других авторов, указывающих, что увеит может быть проявлением системной патологии [9]. В то же время в литературе подчеркивается, что обнаружение HLA-B27 при остром увеите/ирите, даже при отсутствии клинических признаков поражения суставов и позвоночника, должно настораживать врачей в плане исключения спондилоартропатии [1]. Одному больному с полиартритом, сопровождавшимся выраженной мышечной слабостью, был первоначально ошибочно выставлен диагноз полимиозита. Приводим данное наблюдение.

Больной П., 20 лет, в течение полутора лет отмечал боли в коленных, тазобедренном, плечевом суставах, боли в области пяточных бугров, нарастающую общую и мышечную слабость в верхних и, главным образом, нижних конечностях, повышение температуры до субфебрильных цифр, периодические рези при мочеиспускании. Имел большое количество случайных половых связей, состоял на учете у уролога, неоднократно лечился препаратами пенициллинового ряда. С учетом отрицательного результата исследования соскоба из уретры методом непрямой иммунофлю-

оресценции на хламидии, серонегативности по РФ, умеренного повышения СОЭ до 28 мм/час, выраженной слабости в мышцах нижних конечностей в поликлинике был поставлен диагноз «Полимиозит, хроническое течение, активность 1». Назначен преднизолон в дозе 30 мг/сут с постепенным снижением до полной отмены препарата в течение 10 мес. На фоне терапии преднизолоном боли в суставах и слабость в мышцах несколько уменьшились.

В 23-летнем возрасте перенес сифилис, лечился в КВД; через год, после очередного случайного полового контакта, отметил появление интенсивных болей в суставах нижних конечностей (асимметричный полиартрит), рези при мочеиспускании, жжение в глазах. Больной был направлен для обследования в клинику. Отмечались повышение СОЭ до 36 мм/час, ЦИК - до 260 опт.ед., обнаружен HLA В27. При исследовании соскоба из уретры хламидии по-прежнему обнаружены не были, а при серологическом исследовании выявлены антитела к хламидиям в высоком титре (1:80). При рентгенологическом исследовании обнаружен левосторонний сакроилеит II стадии, рыхлые пяточные шпоры. Был выставлен диагноз «Реактивный артрит, хроническое течение, активность II (полиартрит, уретрит, конъюнктивит, левосторонний сакроилеит), ФНП».

Причинами ошибочной диагностики в дебюте заболевания послужили неправильная трактовка мышечной слабости, которая может иметь место при урогенном РеА, недооценка эпизодов уретрита, отрицательный результат исследования соскоба из уретры на хламидии (исследование проводилось после применения антибиотиков). Безусловно, обнаружение при клиническом обследовании у В27-положительного пациента очагов хронического воспаления в урогенитальном тракте и антигенов хламидии в соскобах эпителия уретры позволило бы поставить определенный диагноз урогенного артрита, индуцированного хламидией. Если же выявляются не антигены, а лишь положительные серологические реакции, то желательно получить доказательство наличия хламидийной инфекции с помощью полимеразной цепной реакции.

Особенности суставного синдрома, характер поражения периартикулярных тканей у обследованных больных отражены в таблице 1.

Как видно из таблицы, у всех больных отмечалось вовлечение в патологический процесс суставов нижних конечностей. Следует отметить, что при остром и подостром течении заболевания преобладал олигоартрит, который был выявлен у 8 (80%) и 13 (92,8%) пациентов соответственно. Моноартрит наблюдался лишь у 2 пациентов (20%) с острым течением. При хроническом течении заболевания преобладал полиартрит как симметричный, так и асимметричный, который наблюдался у 14 больных (63,6%); олигоартрит - у 8 пациентов (36,4%).

Таким образом, для урогенного РеА характерно поражение суставов нижних конечностей, особенно коленных, мелких суставов стоп и области пяток. Наши наблюдения совпадают с данными других авторов, подчеркивавших особенности суставного синдрома при хроническом урогенном артрите, его отличие от псориатического артрита и анкилозирующего спондилоартрита (АС) [4].

Характер урогенитальной патологии у обследованных пациентов представлен в таблице 2. При анализе характера поражения урогенитального тракта как у мужчин, так и у женщин установлено, что у 30 больных с монохламидийной инфекцией отмечалась слабая выраженность местного воспалительного процесса, что согласуется с точкой зрения многих авторов [2,6]. При смешанной флоре (со-

четание хламидийной и трихомонадной инфекции) у 7 больных (пятеро муж и две жен) имелась яркая картина уретрита или эндоцервицита, что также описано в литературе [5,7].

У всех пациентов в период госпитализации или в анамнезе отмечалось поражение глаз, характер которого, по нашим наблюдениям, не зависел от течения процесса. При обследовании конъюнктивит обнаружен у 31 больного, иридоциклит у - 3, увеит - у 2.

ный сакроилеит II-III стадии с вовлечением поясничного и шейного отделов позвоночника. В литературе указывается, что суставной синдром при урогенном РеА относительно редко затрагивает суставы рук и весьма редко - илео-сакральные сочленения и позвоночник [5]. У больных с хроническим урогенным артритом развивается сакроилеит I-II стадии, который обычно не прогрессирует и не сопровождается поражением осевого скелета [1]. Представляет

ся, что в данных наблюдениях, скорее всего, можно говорить не о трансформации РеА в АС, а о сочетании двух патологических процессов, при этом хламидийная инфекция, видимо, явилась триггерным фактором в развитии АС.

В одном случае у больной на фоне хламидиоза отмечено развитие РА. Приводим эти наблюдения.

Больная Р., 42 лет, наблюдалась у гинеколога по поводу трихомонадного кольпита, сальпингоофорита, у окулиста - по поводу хронического конъюнктивита. Спустя год после обнаружения воспалительных заболеваний гениталий отметила появление кратковременных эпизодических болей в суставах нижних конечностей, проходящих самостоятельно или после приема диклофенака. В 1999 г был выявлен урогенитальный хламидиоз, усилились боли в суставах нижних конечностей, появились энтезопатии. Данные обследования: Hb 110 г/л, эр. 4,11x10¹²/л, лейкоц. 5,9x10⁹/л, СОЭ 38 мм/час. Анализ мочи - без патологии. РФ, антиген В27 отрицательны. На рентгенограммах суставов нижних конечностей и крестцово-подвздошных сочленений изменений

не выявлено. Диагноз «Болезнь Рейтера, хроническое течение, активность II». В течение 2,5 мес проводилось лечение макролидами, фторхинолонами, тетрациклином, в дальнейшем получала далагил, НПВП, иммуноглобулин с хорошим эффектом. Через 3 мес хламидии в соскобах из цервикального канала не определялись, при серологическом исследовании выявлены антитела в низком титре (1:20). Через год после проведенного лечения вновь усилились боли в суставах нижних конечностей (преимущественно в левом тазобедренном, коленных, суставах предплюсны слева), появились боли и припухлость во II-V проксимальных межфаланговых суставах кистей с обеих сторон. Больная с направительным диагнозом «Болезнь Рейтера» госпитализирована в клинику.

Данные обследования: СОЭ 28 мм/час, ЦИК 230 опт.ед., СРБ (++) , РФ(+++). Антитела к хламидиям выявлены в титре 1:80, в соскобах из цервикального канала методом непрямой иммунофлюоресценции обнаружены хламидии. При рентгенографии крестцово-подвздошных сочленений изменений по-прежнему не было, в коленных, тазобедренных суставах выявлялся остеопороз, сужение суставных щелей. Окулист констатировал обострение хронического конъюнктивита. Таким образом, учитывая развитие серопозитивного артрита при отрицательных результатах типирования на HLA-B27 антиген и отсутствии признаков сакроилеита был поставлен диагноз «Серопозитивный ревматоидный артрит, активность 2, рентгенологическая стадия II, ФН 2». В данном случае хламидийную ин-

Характер поражения суставов

Таблица 1

Признаки (локализация)	Абс. количество (n=46)	%
I палец стопы	4	8,7
Сосискообразная деформация суставов стопы	10	21,7
Артрит суставов плюсны	29	63,0
Артрит межфаланговых суставов стопы	4	8,7
Голеностопные суставы	11	23,9
Коленные суставы	20	43,5
Тазобедренные суставы	14	30,4
Грудино-ключичные, акромиально-ключичные	6	13,0
Суставы верхних конечностей	11	23,9
Энтезопатии	30	65,2
Талалгии	31	67,4
Бурситы	4	8,7
Характер поражения:		
полиартрит	15	28,3
олигоартрит	29	63,0
моноартрит	2	4,35
симметричность поражения	8	17,4
Рентгенологические признаки:		
односторонний сакроилеит	14	30,4
двусторонний сакроилеит	4	8,7
эрозии периферических суставов	13	28,3
рыхлая пяточная шпора	18	39,1

Поражение кожи в виде кератодермии имели 3 больных, псориазоподобные высыпания - 1.

Вовлечение в патологический процесс других органов и систем было редким. У 2 больных отмечалась анемия, у 3 изменения на ЭКГ трактовались как миокардиодистрофия, у 3 определялась лимфаденопатия, у 1 - спленомегалия.

В процессе наблюдения у двух больных с начальным диагнозом РеА в течение 3-4 лет развивалась клиничес-

Таблица 2
Характер урогенитальной патологии

Характер поражения	Абсолютное число (n=46)	%
Уретрит	26	56,5
Простатит	13	28,3
Эндоцервицит	6	13,0
Сальпингоофорит	2	4,4
Вагинит	2	4,4

кая картина АС. В дебюте заболевания отмечалось поражение суставов нижних конечностей, энтезопатии, конъюнктивит после перенесенной хламидийной инфекции, успешно леченной антибиотиками тетрациклинового ряда и макролидами. В дальнейшем у одного больного диагностирован двусторонний сакроилеит III стадии, поражение поясничного отдела позвоночника, у другого - асимметрич-

фекцию можно рассматривать как триггерный фактор развития РА.

Другое клиническое наблюдение иллюстрирует сложность постановки диагноза у больной с типичным для РеА асимметричным олигоартритом.

Больная Н., 28 лет, заболела 8 мес назад, когда без видимых причин появились периодические боли в предплюсневых и правом коленном суставах, проходящие самостоятельно. Через 7 мес боли в этих суставах усилились, присоединились боли в левом тазобедренном суставе, ахиллодиния, талалгия, повысилась температура тела до 37,6°. Лечение на догоспитальном этапе диклофенаком внутримышечно и физиопроцедурами было неэффективным. Из анамнеза известно, что год назад лечилась у гинеколога по поводу сальпингоофорита. Направлена в клинику с диагнозом «Болезнь Рейтера».

При объективном исследовании определялся положительный симптом Кушелевского слева. СОЭ 44 мм/час, ЦИК 230 опт. ед., СРБ (+++), РФ отр. Антиген В27 положительный. На рентгенограммах крестцово-подвздошных сочленений, коленных суставов, суставов стоп изменений не найдено. Консультация окулиста - остаточные явления перенесенного (в 10-и 18-летнем возрасте) иридоциклита. Консультация гинеколога - эндоцервицит.

При обследовании урогенитального тракта хламидиоз не обнаружен (реакция непрямой иммунофлюоресценции, ДНК-диагностика). При серологическом исследова-

нии антитела к хламидиям не выявлено. Таким образом, в связи с отсутствием урогенитальной хламидийной инфекции, признаков поражения глаз в настоящее время диагноз урогенитального РеА (болезни Рейтера) становится недоказуемым. Учитывая, что больная «набрала» 8 баллов по критериям Amor с соавт. [1], можно предполагать наличие у нее спондилоартропатии, но окончательная верификация диагноза возможна только при динамическом наблюдении за пациенткой. Назначен салазопиридазин, короткий курс преднизолона в дозе 30 мг/сут. Эффект от лечения был хороший, рекомендовано постепенное снижение дозы преднизолона. С учетом асимметричного олигоартрита, клинических признаков сакроилеита, талалгий, энтезопатий, иридоциклита в анамнезе, присутствия антигена В27 в дальнейшем наиболее вероятно развитие развернутой клинической картины одного из заболеваний, ассоциированных с антигеном В27.

Таким образом, для своевременной диагностики и проведения адекватной терапии РеА необходимы знание своеобразия клинической картины и учет особенностей течения данного заболевания, использование существующих критериев диагностики. В трудных диагностических ситуациях следует обеспечить динамическое наблюдение за больным, так как возможно сочетание РеА с другими патологическими процессами, или хламидийная инфекция может выступать в роли триггерного фактора развития АС и РА.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Агабабова Э.Р. Некоторые неясные и нерешенные вопросы серонегативных спондилоартропатий. Научно-практ. ревматол., 2001, 4, 10-18.
2. Бажанов Н.Н., Петухова Н.В. Болезнь Рейтера - некоторые вопросы диагностики и тактики лечения. Клини. мед., 1990, 8, 103-106.
3. Братанова М.З. Эволюция и прогноз болезни Рейтера. Росс. ревматол., 1998, 3, 15-19.
4. Киселева Н.М., Шубин С.В. О дифференциальной диагностике хронического урогенитального артрита. Тер. арх., 2000, 5, 52-55.
5. Ковалев Ю.Н., Ильин И.И. Болезнь Рейтера. Челябинск: Вариант-книга, 1993, 240.
6. Ковалев Ю.Н., Суворов А.П., Бакулев А.Л. Об оценке эффективности воспалительного процесса при болезни Рейтера. Вест. дерматол., 1998, 5, 40-41.
7. Серов В.Н., Шахтмейстер И.Я., Чеботарев В.В. и др. Значение генитальных инфекций в формировании распространенных гинекологических заболеваний и их современное лечение. М., 1997, 18.
8. Braun J., Kingsley G., Van der Heijde, Sieper J. On the difficulties of establishing a consensus on the definition and diagnostic investigations for reactive arthritis for 4th International workshop reactive arthritis, Berlin, Germany, July 3-6, 1999. J. Rheumatol., 2000, 27, 9, 2185-2192.
9. Nuzzi R., Amerio G. Uveitis and systemic diseases. Minerva Med., 1992, 83, 239-248.

Abstract.

Reactive arthritis manifestations analysis was provided in 46 pts. A typical clinical signs were observed in 33 pts (72%). Non-manifestive forms were found in 13 pts (28%). Wrong diagnosis was proved in 12 pts (26%) majority with non-manifestive reactive arthritis. The transformations of reactive arthritis into ankylosing spondylitis took place in 2 cases, into rheumatoid arthritis - in 1 case.

Key words: reactive arthritis, differential diagnosis.

Поступила 28.01.02.