

ГОО ВПО Дон НМУ им.М.Горького
Кафедра офтальмологии ФИПО
Кафедра терапии ФИПО

СИНДРОМ РЕЙТЕРА

Доц. к.мед.н. Христуленко А.Л.,
доц. к.мед.н.Гнилицкая В.Б,
доц.к.мед.н.Голубов К.Э.



Рейтер Ханс (1881—1969), немецкий врач, специалист по инфекционным болезням и социальной гигиене. Директор Института Р. Коха (с 1935). Установил (1916, совместно с Г. Хюбнером) этиологию лептоспироза. Описал (1916) инфекционно-аллергическое заболевание — сочетание уретрита, конъюнктивита и множественного артрита, названное болезнью (синдромом, триадой) Рейтера.

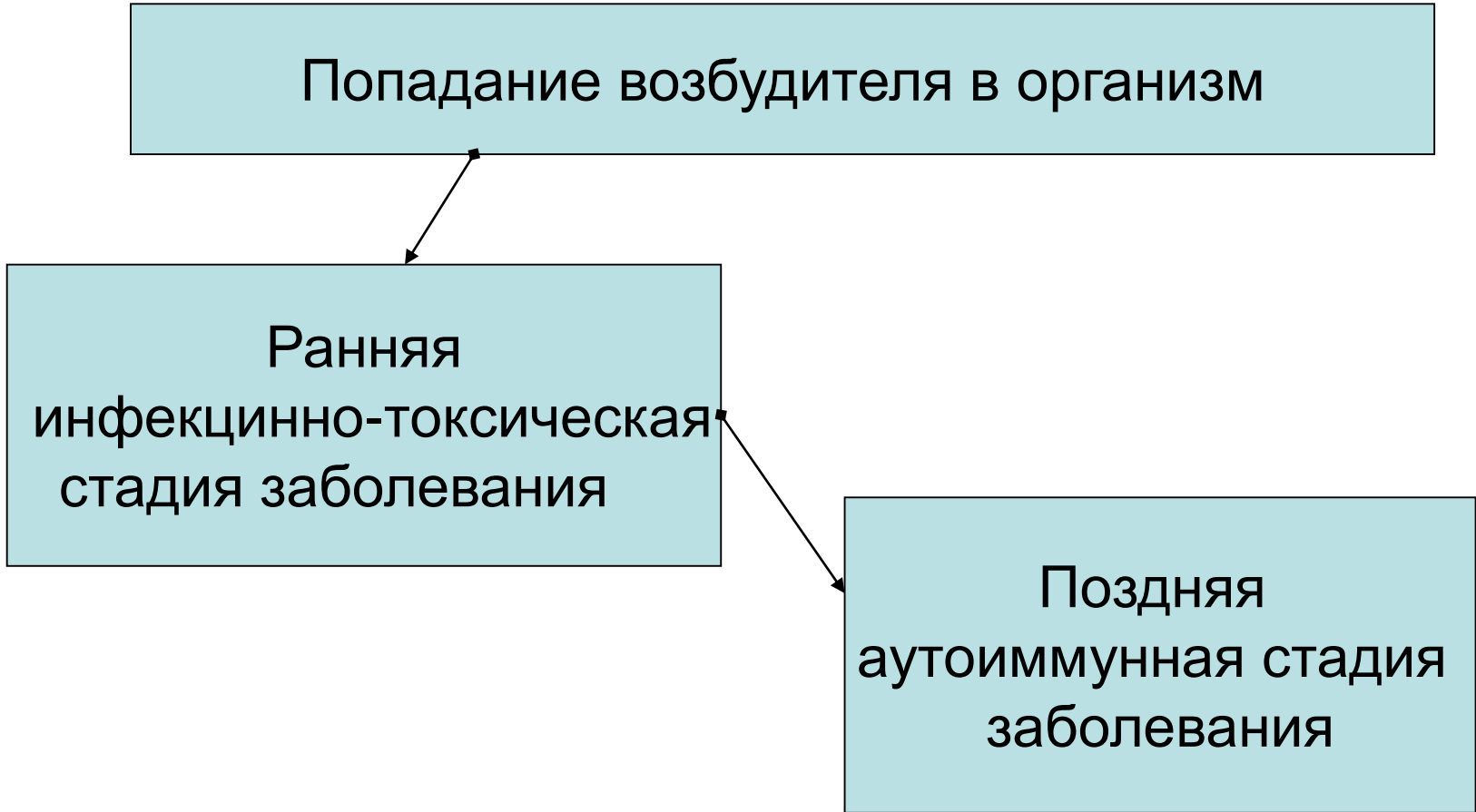
Болезнь / синдром Рейтера



Попадание возбудителя в организм

Ранняя
инфекционно-токсическая
стадия заболевания

Поздняя
аутоиммунная стадия
заболевания



Большие критерии:

- 1. Боль в позвоночнике** в анамнезе, + не меньше 4 признаков:
 - появление в возрасте до 45 лет;
 - незаметное начало;
 - уменьшение при движениях;
 - утренняя скованность;
 - длительность не менее 3 месяцев.
- 2. Асимметричный синовит** преимущественно суставов нижних конечностей.

Малые критерии:

- 1. Семейный анамнез;**
- 2. Псориаз**, диагностированный врачом;
- 3. Воспалительное заболевание кишечника**, подтвержденный рентгенологически или эндоскопически;
- 4. Перемежающаяся боль в области ягодиц.**
- 5. Энтезопатии** боль в области Ахилова сухожилия или подошвенной фасции.
- 6. Острая диарея:** за месяц до артрита.
- 7. Уретрит** или цервицит за месяц до артрита.
- 8. Сакроилеит**

- Синдром энтероколита
- Синдром поражения моче-половой системы
- Суставной синдром
- Синдром внесуставных поражений

Синдром энтероколита

- Диарея
- Диспепсия
- Боль в животе
- Лихорадка
- Проявления интоксикации
- Повышение лабораторных показателей активности
- Возможно выявление возбудителя

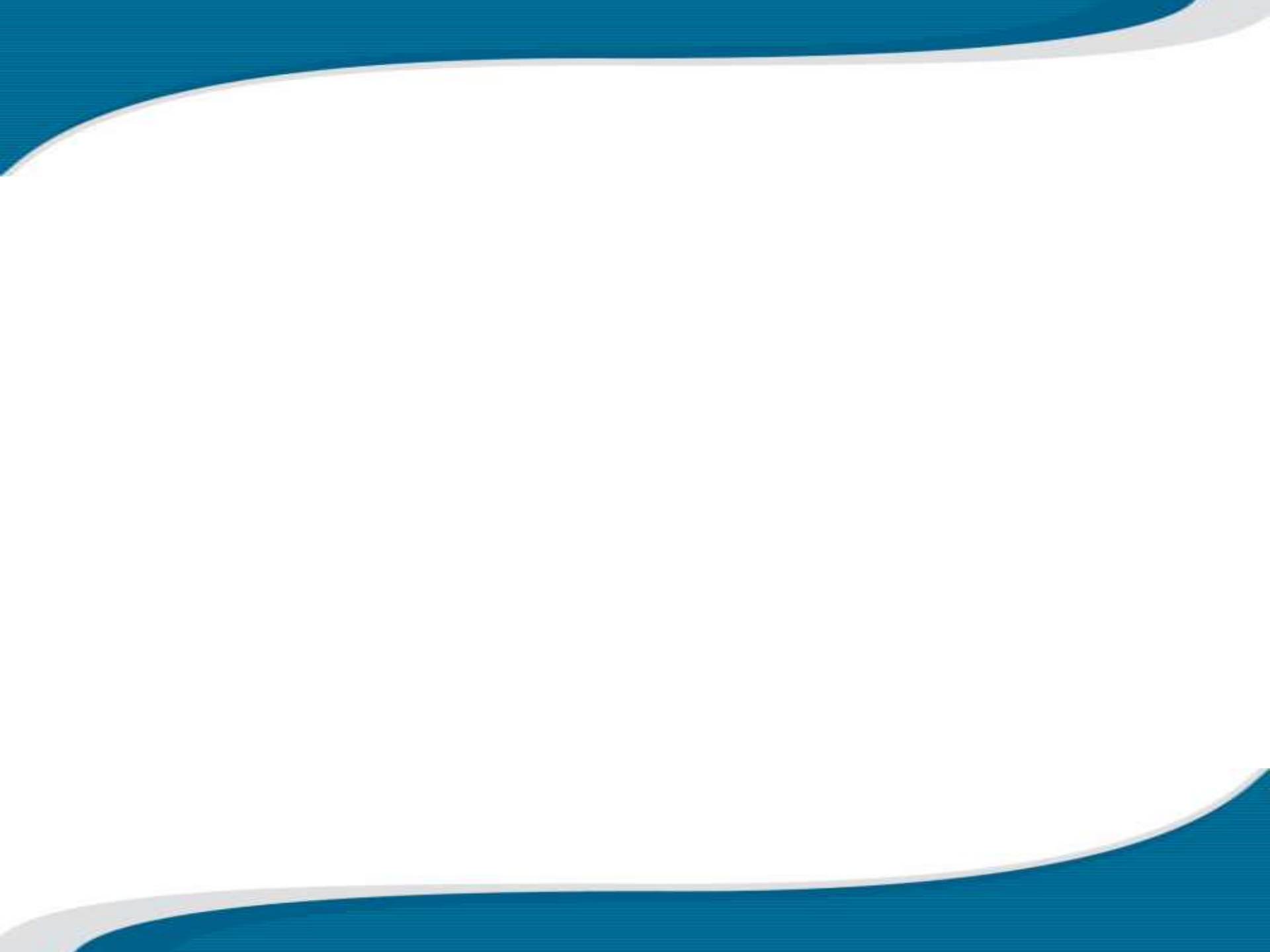
Синдром поражения моче-половой системы

У женщин:

- Слизисто-гнойный цервицит;
- Гнойные выделения из влагалища;
- Боль в нижней части спины;
- Посткоитальные и межменструальные кровотечения;
- Дизурия;
- Симптомы воспаления матки и придатков.

У мужчин:

- Выделения из уретры;
- Дизурия;
- Симптомы эпидидимита или простатита.

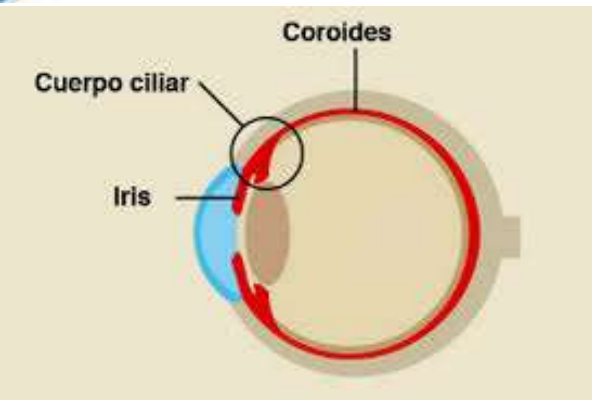




- Поражение глаз при синдроме Рейтера:
 - конъюнктивит (58,0%),
 - передний увеит (22,6%),
 - эписклерит(7,4%),
 - кератит(4,2%),
 - тенонит(2,5%),
 - воспаление слезной железы(2,1%),
 - др.(3,2%).



- Конъюнктивит развивается через несколько недель после начала артрита или уретрита
- Характерно двустороннее поражение конъюнктивы
- Слизисто-гнойное отделяемое
- Фолликулярная инфильтрация век
- Редко незначительное безболезненное увеличение предушных лимфоузлов
- Прогноз благоприятный



- Увеит характеризуется рецидивирующим течением. Частота рецидивов варьирует от нескольких месяцев до нескольких лет
Первая атака острая на одном глазу, при рецидивах может поражаться второй глаз
- При тяжелом течении может развиваться осложненная катаракта, увеальная глаукома, кистозный макулярный отек



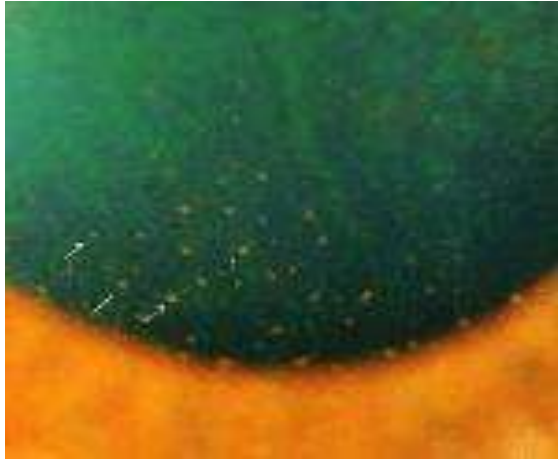
Клиническая картина проявляется :

- *резкой болью* в глазу и соответствующей половине головы,
- усиливающейся по ночам, которая усиливается при пальпации глаза через веки.
- фотофобии (блефароспазма и слезотечения).
- перикорнеальная инъекция
- отек, изменяется цвет радужки
- ступенчатость рисунка радужки,
- миоз









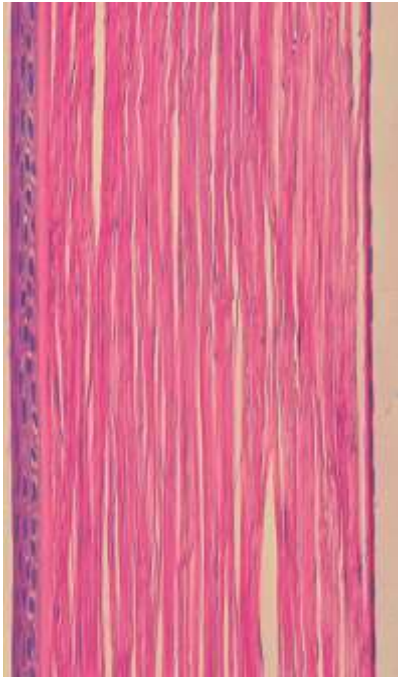
- При иридоциклитах определяются **преципитаты**, оседающие на задней поверхности роговицы в нижней половине в виде треугольника вершиной кверху.





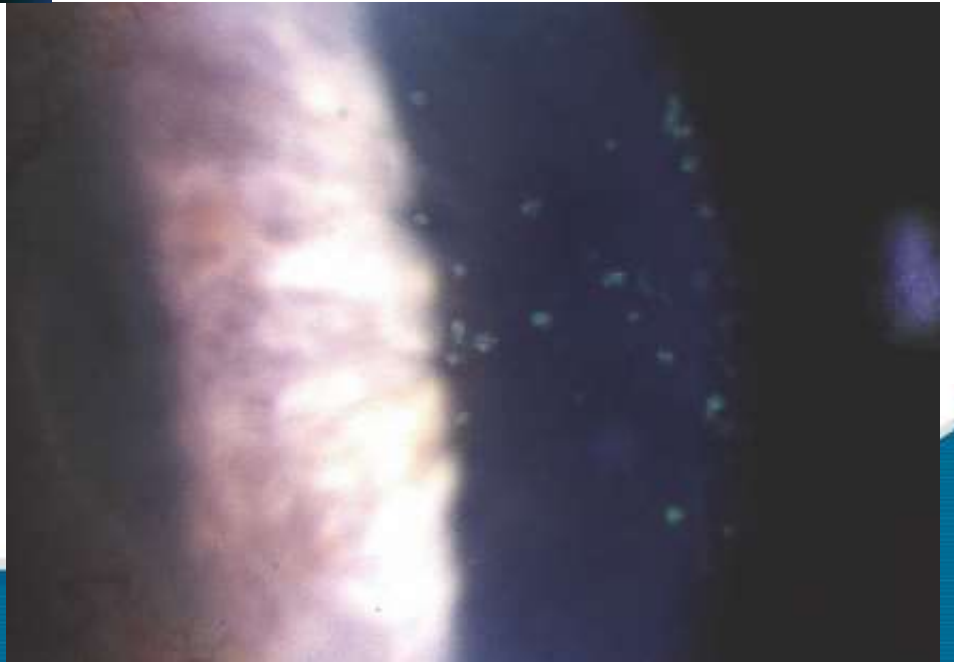
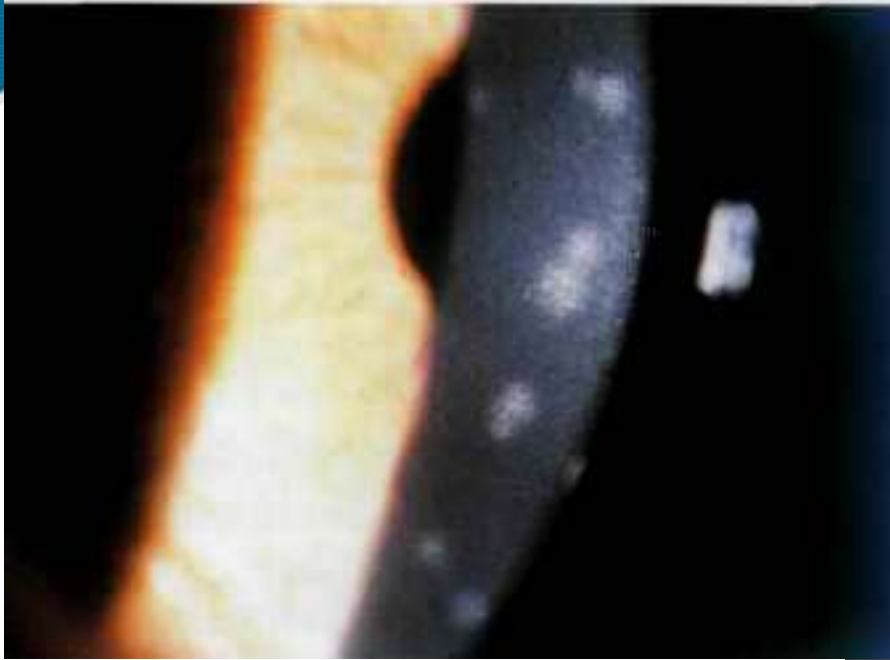
- *Склерит*- диффузный передний склерит

Развивается после конъюнктивита и/ или переднего увеита. Не прогрессирует



- *Кератит* - может быть изолированным, но чаще на фоне конъюнктивита, реже переднего увеита

Эпителиальные инфильтраты в передних слоях роговицы, могут прогрессировать и развиваться язва роговицы



Значительно реже отмечают поражение и заднего отрезка глаза:

- ✓ витреит
- ✓ ретинит
- ✓ нейропатия зрительного нерва
- ✓ ретробульбарный неврит

Синдром внесуставных поражений

2. Кожа

- Кератодермия ладоней и подошв;
- Гиперкератоз;
- Ониходистрофия;
- Баланит, баланопостит;
- Эритема слизистой полости рта, эрозии;
- Глоссит.



Синдром внесуставных поражений

3. Почки:

- Протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия;
- Возможен амилоидоз.

4. Сердце:

- Очаговый миокардит (кардиалгии, нарушения ритма и проводимости, тахикардия);
- Недостаточность аортального клапана.

Суставной синдром

- Артрит развивается через 2-3 недели после инфекционных проявлений;
- Артрит асимметричный (часто моно- олигоартрит);
- Более частое поражение суставов ног;
- Боль усиливается при движении, сохраняется ночью;
- Утренняя и стартовая скованность;
- Деформация при накоплении синовиальной жидкости;
- характерна псевдоподагрическая деформация I ПлФ сустава и суставов II-V пальцев стоп.





- Поражение сухожилий, связок, мест прикрепления мышц (Ахиллова сухожилия)
- При поражении плюстне-фаланговых суставов со временем формируется плоскостопие;





- Поражение сакро-илеальных сочленений – односторонний (асимметричный) сакроилеит сопровождается болью в нижней части спины, ягодицах, крестце;
- Другие отделы позвоночника поражаются позже в виде спондилоартрита с формированием синдесмофитов и ограничением движений.

Диагностика лабораторное исследование

Общие методы:

- ОАК;
- ОАМ;
- Функциональные тесты печени и почек;
- Острофазовые показатели (СОЭ, СРБ);
- РФ, мочеваая кислота, АНА, АСЛ-О;
- ВИЧ;
- Туберкулиновая проба.

Специфические методы:

- 2х- стаканная проба;
- Титр специфических антител в крови (IgA);
- Субстрат возбудителя в ПЦР;
- Микроскопия мазков;
- Микробиологическое исследование;
- HLA–B27

Диагностика инструментальные исследования

- Рентгенография периферических суставов МРТ для КПС;
- КТ;
- УЗИ ОБП, почек, суставов;
- ЭКГ;
- ЭхоКГ.

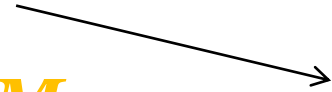


Энтезит, плоскостопие



Лечение

Комплексное лечение



Общее лечение:

- антибиотики
- противоаллерг. средства
- иммуномодуляторы
- НПВС
- инфузионная терапия
- кортикостероиды и др.

Местное лечение:

- антибиотики
- противоаллерг. средства
- индукторы интерферона
- кортикостероиды
- препараты слезозаместительной терапии и др.

Симптоматическое:

- НПВП системного действия
- НПВП топического действия
- КГС при высокой активности или поражении внутренних органов (чаще малые и средние дозы)
- ГКС внутрисуставно или парартикулярно

Патогенетическое:

- Сульфосалазин
(центральная форма);
- Метотрексат
(периферическая форма);
- Анти - TNF- α (*etanercept, infliximab*);
- Анти – IL-6 (*Tocilizumab*).

Этиотропное:

Постэнтероколитические:

- Тетрациклин
- Эритромицин

Урогенитальные:

- Азитромицин
- Доксициклин
- Эритромицин
- Рокситромицин
- Кларитромицин
- Офлоксацин
- Ломефлоксацин
- Ципрофлоксацин

Течение реактивного артрита

- Первый эпизод до 4-6 месяцев;
- Рецидив в 50% случаев (**реинфекция**);
- Хронизация примерно в 17 % случаев.



- Пациенты обязаны подлежать длительному диспансерному наблюдению. Первый контроль проводится через 1 мес после полноценного курса лечения, 2-й - через 3 мес, затем через каждые 6 мес в течение 3-х лет, после чего 1 раз в год.
- Следует отметить, что особому учету подлежат пациенты с часто рецидивирующими хроническими формами БР
- Это вызвано необходимостью для своевременного оказания квалифицированной помощи при угрозе развития поздних осложнений