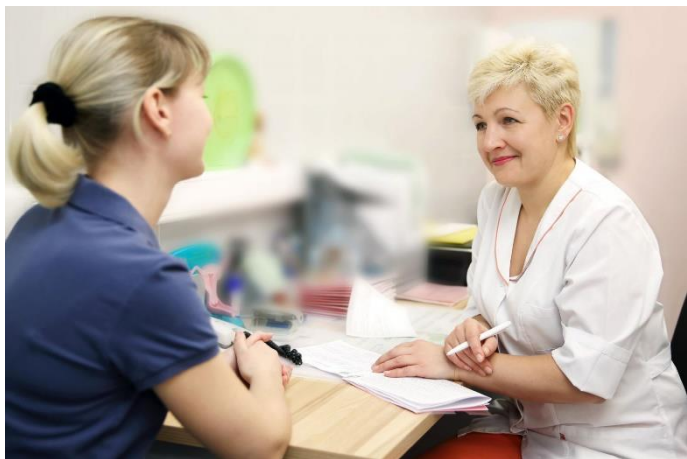


ГОО ВПО Дон НМУ им.М.Горького
Кафедра офтальмологии ФИПО

*Междисциплинарный подход к
диагностике и лечению синдрома
Рейтера*

Доц. Смирнова А.Ф.,
асс.Котлубей Г.В.,
орд. Морозова М.С.
г. Донецк 09.02.2022 г.



Жалобы пациента при обращении в поликлинику на

- ✓ повышение температуры тела,
- ✓ рези при мочеиспускании, изменения в моче,
- ✓ покраснение глаз, ощущение соринки, песка в глазах,
- ✓ боли в коленных суставах, сустав увеличивается, распухает, кожа вокруг него становится отечной.



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 синдромом (болезнью, триадой) Рейтера.

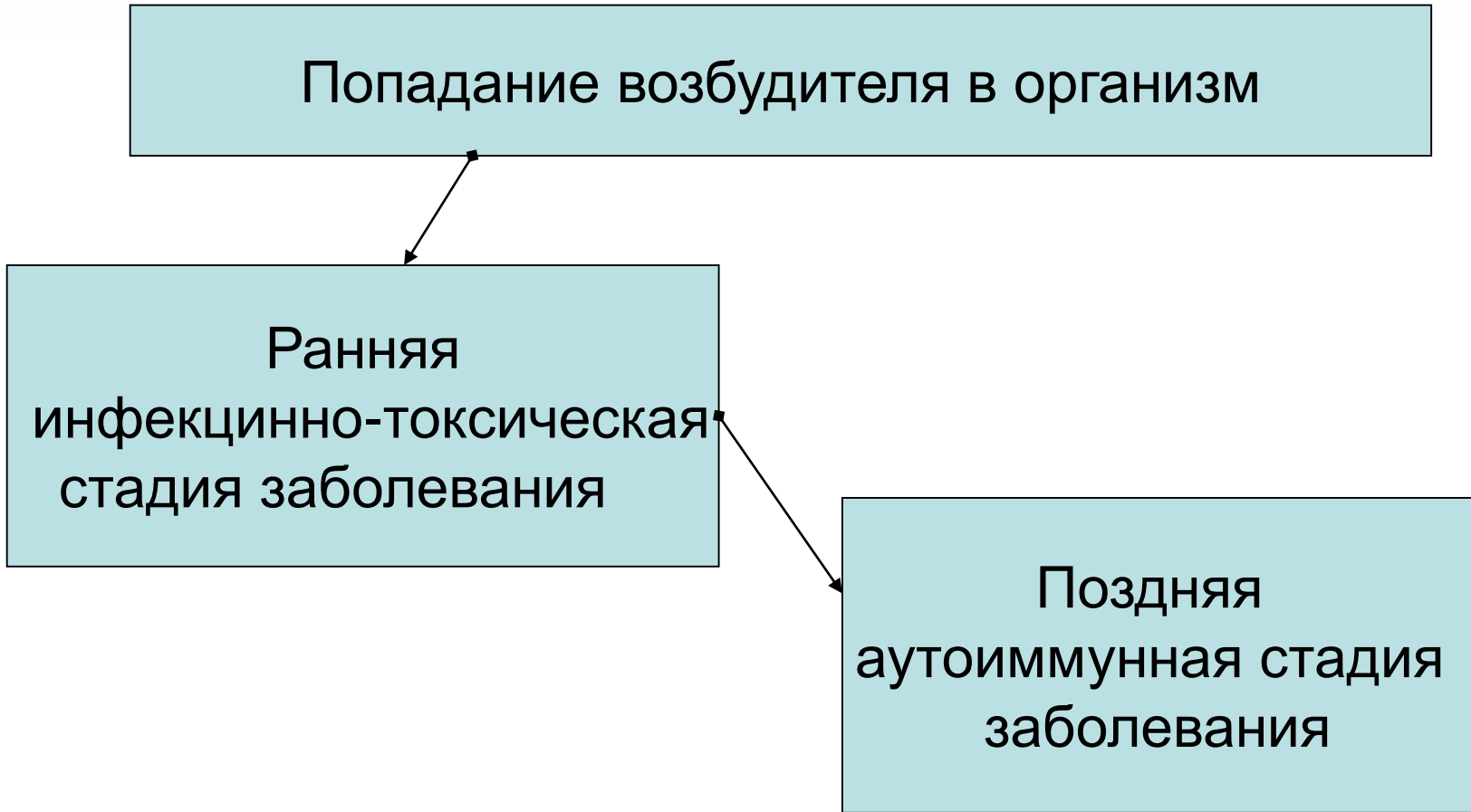
Симптомы Рейтера



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:

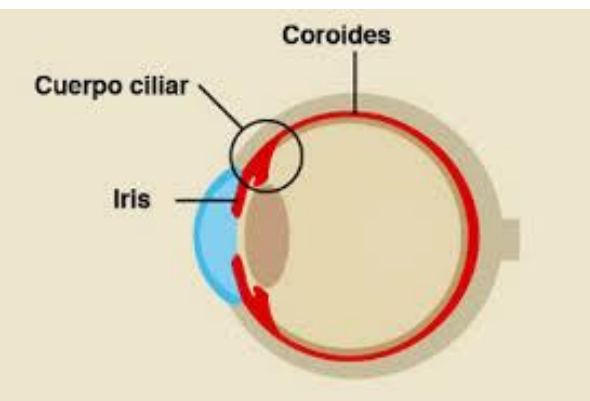
- Выделения из уретры;
- Дизурия;
- Симптомы эпидидимита или простатита.



- 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



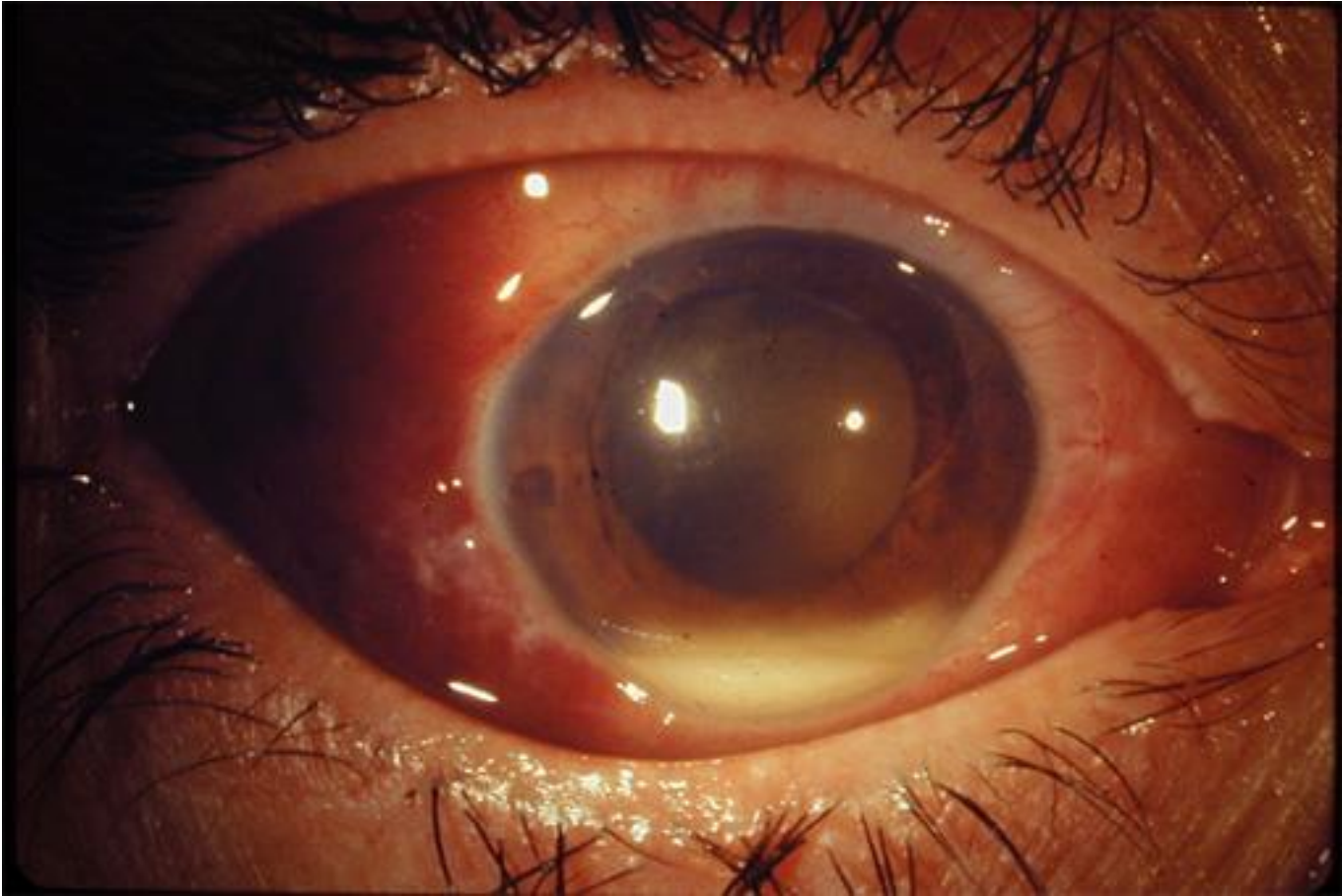
- Увеит характеризуется рецидивирующим течением. Частота рецидивов варьирует от нескольких месяцев до нескольких лет
Первая атака острая на одном глазу, при рецидивах может поражаться второй глаз
- При тяжелом течении может развиваться осложненная катаракта, увеальная глаукома, кистозный макулярный отек

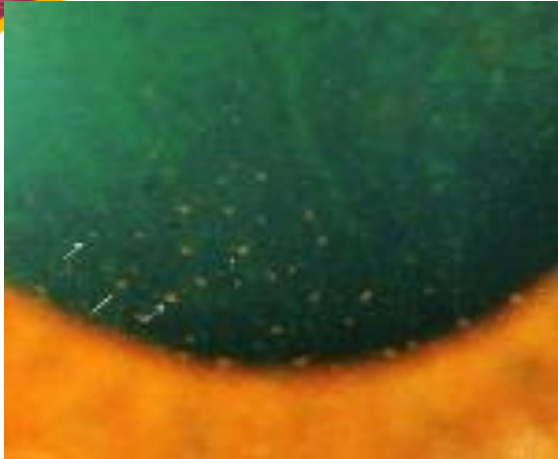


Клиническая картина проявляется :

- *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.

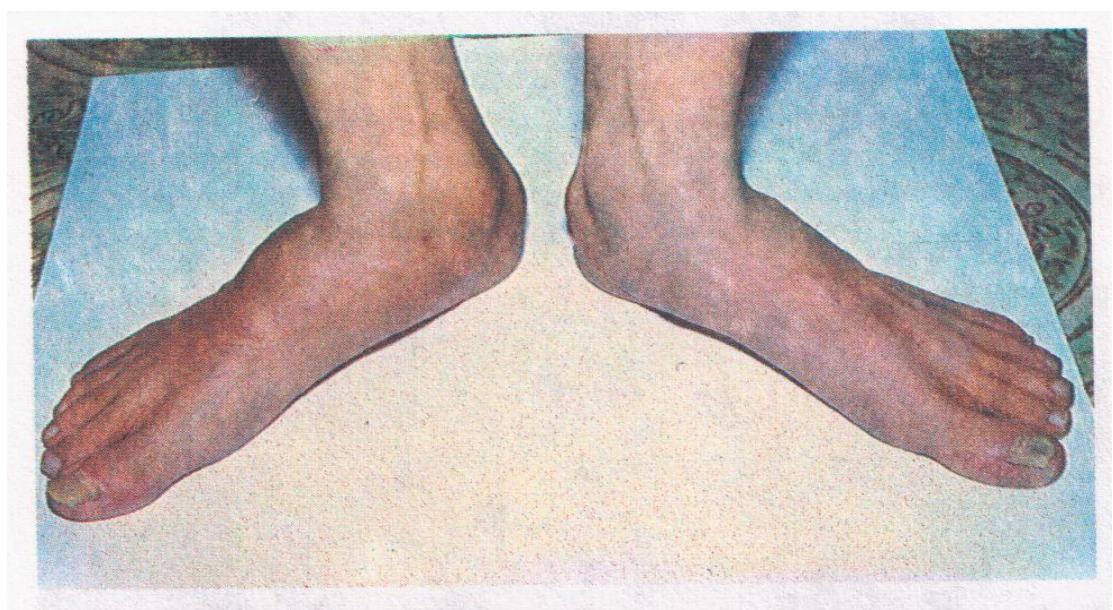
4. Сердце:

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

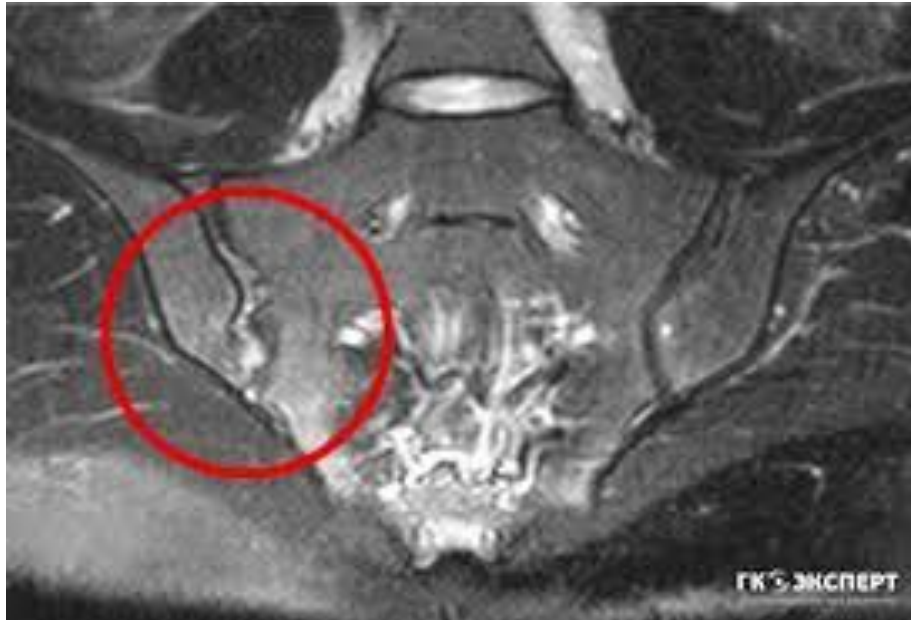
Суставной синдром

- 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;
- Дефигурация при накоплении синовиальной жидкости;
- характерна псевдоподагрическая дефигурация 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.

Диагностический поиск

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

Диагностический поиск

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



Энтезит, плоскостопие



Лечение

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:

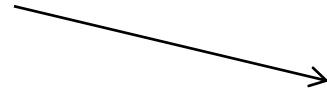
Постэнтероколитические:

- Тетрациклин
- Эритромицин

Урогенитальные:

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

Комплексное лечение поражений глаз



Общее лечение:

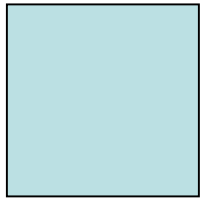
- антибиотики
- противоаллерг. средства
- иммуномодуляторы
- НПВС
- инфузионная терапия
- кортикостероиды и др.

Местное лечение:

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

Течение реактивного артрита

- Первый эпизод длительностью 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 СР
- Это вызвано необходимостью для своевременного оказания квалифицированной помощи при угрозе развития поздних осложнений

БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ