

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»  
Кафедра офтальмологии ФИПО

## *СИНДРОМ РЕЙТЕРА : аспекты диагностики и лечения*

доц. к.мед.н. Смирнова А.Ф.,  
доц. к.мед.н. Голубов К.Э.,  
асс. Котлубей Г.В.

«Современные аспекты ревматологических  
заболеваний:

памяти профессора А.И. Дядыка»

Донецк, 25 февраля 2022 г



**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



С патогенетической точки зрения выделяют две стадии заболевания:

- *ранняя, инфекционная* (длительность до 3-х мес)  
инфекционно-токсическая стадия характеризуется наличием в мочеиспускательном канале хламидий и формированием инфекционной аллергии ,
- *поздняя, стадия иммунного воспаления*  
(длительность более 3 мес от начала заболевания)  
сопровождается развитием иммунокомплексной патологии с поражением синовиальной оболочки суставов, других оболочек .

## Большие критерии:

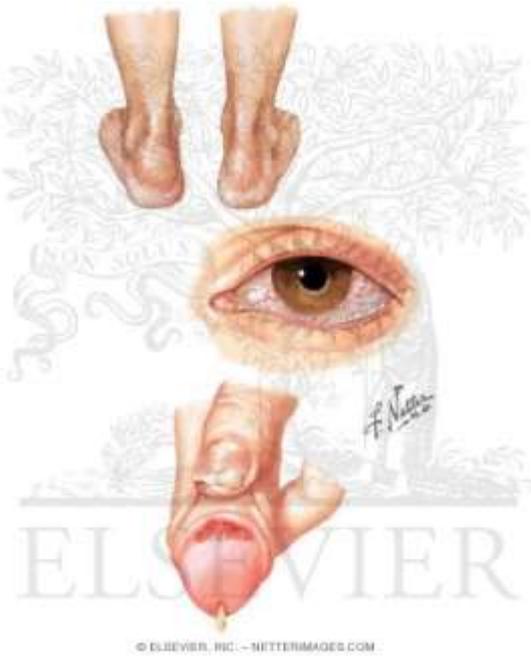
- 1. Боль в позвоночнике** в анамнезе, + не меньше 4 признаков:
  - появление в возрасте до 45 лет;
  - незаметное начало;
  - уменьшение при движениях;
  - утренняя скованность;
  - длительность не менее 3 месяцев.
- 2. Асимметричный синовит** преимущественно суставов нижних конечностей.

## Малые критерии:

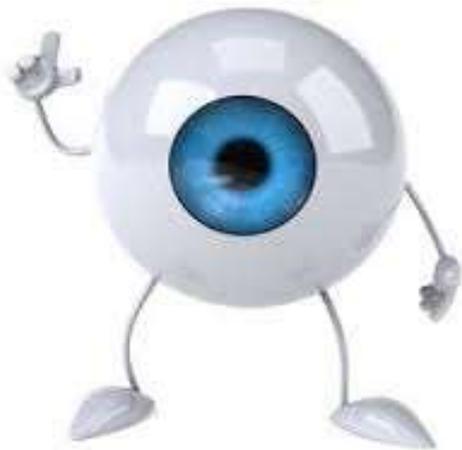
- 1. Семейный анамнез;**
- 2. Псориаз**, диагностированный врачом;
- 3. Воспалительное заболевание кишечника**, подтвержденный рентгенологически или эндоскопически;
- 4. Перемежающаяся боль в области ягодиц.**
- 5. Энтезопатии** боль в области Ахилова сухожилия или подошвенной фасции.
- 6. Острая диарея:**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

## *Клиническая картина*

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



- Одновременно все симптомы при БР не наблюдаются.
- У 40% больных отдельные симптомы возникают через 3 мес и более.
- Первоначально поражаются мочеполовые органы со скудными симптомами. Позднее появляются артрит, конъюнктивит.
- Больные вначале за медицинской помощью обращаются к терапевту, хирургу, невропатологу, окулисту, которые безуспешно проводят лечение, не принимая во внимание урогенитальную инфекцию.



- Клинически БР проявляется *триадой* симптомов: поражение мочеполовых органов (у мужчин уретрит, простатит; у женщин цервицит, аднексит); артрит; конъюнктивит.
- Возможны поражения кожи и слизистых (*тетрада*), а также нервной и сердечно-сосудистой системы.
- Поражение мочеполовых органов. Как малосимптомный уретрит, простатит.
- Течение длительное (месяцы, годы).

# 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:

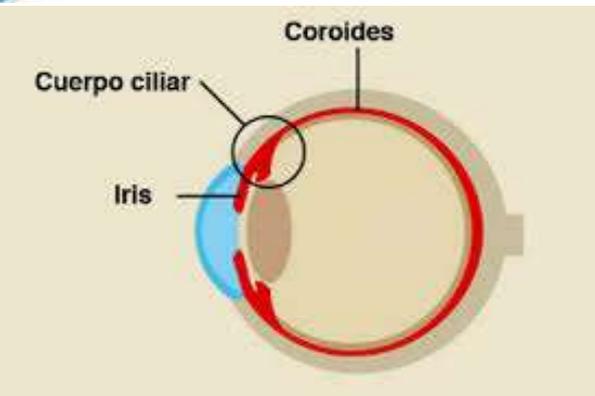
- Выделения из уретры;
- Дизурия;
- Симптомы эпидидимита или простатита.



- 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

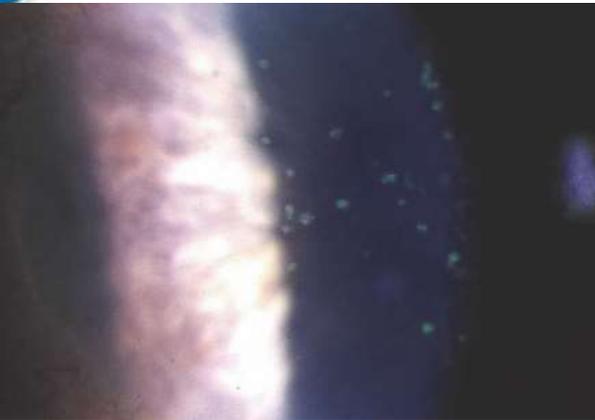


- Увеит характеризуется рецидивирующим течением. Частота рецидивов варьирует от нескольких месяцев до нескольких лет  
Первая атака острая на одном глазу, при рецидивах может поражаться второй глаз
- При тяжелом течении может развиваться осложненная катаракта, увеальная глаукома, кистозный макулярный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

**Клиническая картина** проявляется :

- *резкой болью* в глазу и соответствующей половине головы, усиливающейся по ночам и при пальпации глаза через веки.
- фотофобией (блефароспазм и слезотечение),
- перикорнеальной инъекцией
- отеком, изменением цвета радужки,
- ступенчатостью рисунка радужки,
- миозом
- преципитатами, оседающими на задней поверхности роговицы в нижней половине





- *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

## Поражение опорно-двигательного аппарата.



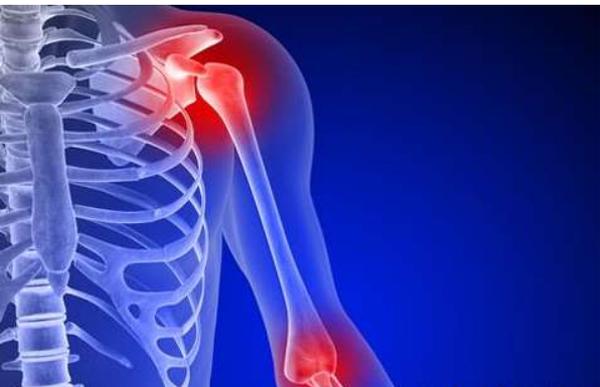
- Наблюдается у 80-100% пациентов и является наиболее выраженным клиническим симптомом.
- Часто возникает через 7-30 дней после появления признаков уретрита, но иногда спустя месяцы, годы.
- В начале заболевания характерно асимметричное поражение нагруженных крупных суставов (коленные, голено-стопные, межфаланговые), но могут поражаться практически все сочленения.
- При БР нет «суставов исключения».
- Патогномоничным является острое начало. Кожа над пораженным суставом красная, горячая на ощупь, отечная.



Поражение суставов носит доброкачественный характер и лишь при хроническом течении развиваются костные изменения.

Типичны боли при нагрузке на пораженные суставы.

- Воспалительный процесс начинается с крупных суставов.
- Первично поражаются нагруженные суставы нижних конечностей "симптом лестницы".
- Присущи асимметричные сакроилеиты, а также межфаланговый артрит (периостит, "сосисочные пальцы").
- Периоститы в области пяточной кости (боли в пятке).



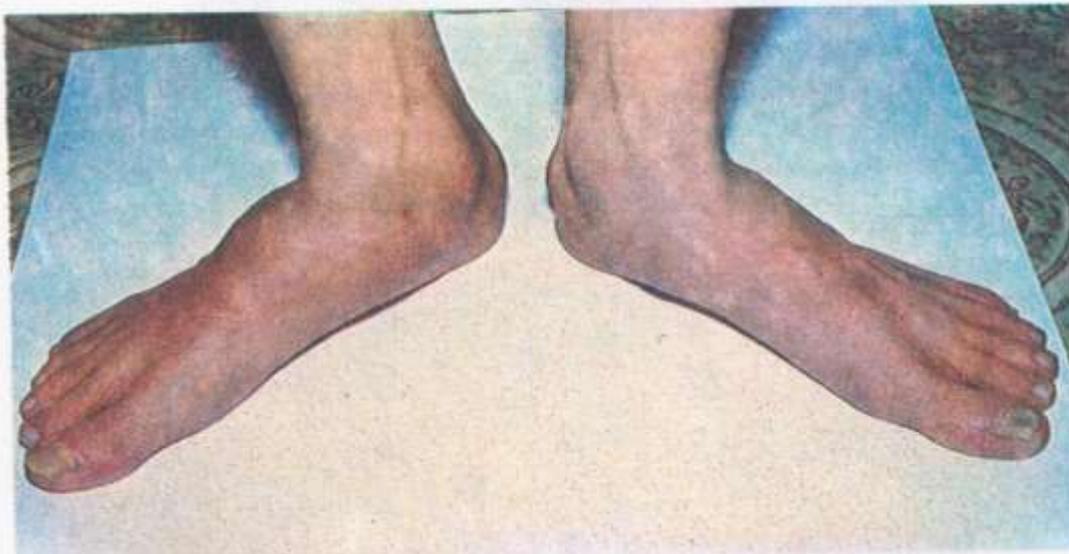
- Реже наблюдаются артралгии, деформирующие артриты. Артриты и миозиты сопровождаются сильными болями. Функция суставов нарушается.
- У большинства пациентов, несмотря на прием антибиотиков и противовоспалительных препаратов, длительное время (нескольких месяцев) отмечается лихорадка, слабость, потеря веса.
- У 20% больных наблюдается повышение температуры до  $+40^{\circ}\text{C}$ , но чаще она субфебрильная.
- При рентгенологическом исследовании не выявляется различия между БР и артритами другой этиологии



## *Поражение кожи и слизистых оболочек.*

Встречается у 70% больных БР и часто не диагностируются.

- Специфическими являются цирцинарный баланит с «ксеротическими папулами», у женщин цирцинарный вульвит (множественные эрозии со скудным отделяемым на поверхности).
- Эрозии могут быть на слизистой рта и сочетаться с десквамативными участками белесоватого цвета на языке.
- Характерна «бленнорейная» кератодермия - на ладонях, подошвах, других участках кожи появляются красные пятна, трансформирующиеся в пустулы, роговые папулы или бляшки с корками на поверхности.
- Иногда поражаются ногтевые пластинки (подногтевой гиперкератоз, тусклость, утолщение, ломкость ногтевых пластинок).



- 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.

## *Синдром внесуставных поражений*

### **3. *Почки:***

- Протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия;
- Возможен амилоидоз.

### **4. *Сердце:***

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

# 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

## **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- $\alpha$  (*etanercept, infliximab*);
- Анти – IL-6 (*Tocilizumab*).

## **Этиотропное:**

### **Постэнтероколитические:**

- Тетрациклин
- Эритромицин

### **Урогенитальные:**

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

# Комплексное лечение глазных проявлений заболевания



## 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.

# Список литературы

1. Панова И.Е., Дроздова Е.А. Увеиты: руководство для врачей. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – 144 с.
2. Кацнельсон Л.А., Танковский В.Э. Увеиты. М.: 4-й филиал Воениздата, 2003. – 286 с.
3. Устинова Е.И. Эндогенные увеиты (избранные лекции для врачей-офтальмологов). СПб: Эко-Вектор, 2017. – 202 с.
4. de Smet M.D., Taylor S.R., Bodaghi B., et al. Understanding uveitis: the impact of research on visual outcomes. *Prog. Retin. Eye Res.* 2011; 30(6): 452–470.
5. Airody A., Heath G., Lightman S., Gale R. Non-Infectious Uveitis: Optimising the Therapeutic Response. *Drugs.* 2016; 76:27-39.