

УДК 616.98: 616.72-053.26

DOI 10.31684/25418475_2022_1_57

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА У ПОДРОСТКА¹Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул²Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово³Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, г. БарнаулКолесникова О.И.¹, Строева В.П.², Выходцева Г.И.¹, Мироненко И.И.¹, Сероклинов В.Н.¹, Сапкина М.Р.³, Григорьевская О.А.³, Баюнова Л.М.³*Описан случай диагностики и лечения болезни Рейтера у 16-летней девочки-подростка в ревматологическом отделении КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».***Ключевые слова:** дети, заболевания суставов, болезнь Рейтера.**A CASE OF REITER'S DISEASE IN A TEENAGER**¹Altai State Medical University, Barnaul,²Kemerovo State Medical University, Kemerovo³Altai Krai Clinical Center for Maternal and Child Health, BarnaulO.I. Kolesnikova¹, V.P. Stroeveva², G.I. Vykhodtseva¹, I.I. Mironenko¹, V.N. Seroklinov¹, M.R. Sapkina³, O.A. Grigorevskaya³, L.M. Bayunova³*A case of diagnosis and treatment of Reiter's disease in a 16-year-old teenage girl in the rheumatology department of the Altai Regional Clinical Center for Maternal and Child Health is described.***Keywords:** children, joint diseases, Reiter's disease.

Заболевания костно-суставного аппарата удерживают одну из ведущих позиций в структуре соматических и хирургических заболеваний у детей различного возраста. В последние десятилетия в Сибирском федеральном округе, в том числе и у детей Алтайского края и Кемеровской области значительно увеличился рост ювенильных идиопатических артритов (ЮИА) [1, 2]. В данную группу заболеваний входят и реактивные артриты (РеА). Представленное заболевание (РеА) характеризуется асептическим воспалением суставов, синхронно вовлекаются в патологический процесс инфекционного генеза кишечник или мочеполовая система, часто связанное с антигенами гистосовместимости HLA B-27. Этиология воспалительных заболеваний суставов у детей разнообразна. Наряду с перенесенной кишечной или мочеполовой инфекцией в дебюте заболевания у некоторых больных выявляются хронические очаги инфекции, паразитарные заболевания или другие инфекционные заболевания (туберкулез, бруцеллез и др.). Все реактивные артриты объединяет то, что при этом предполагаемый инфекционный агент не может быть выделен из суставов на обычных искусственных питательных средах. Реактивные артриты относятся к группе серонегативных спондилоартритов [3,4,5,6]. Согласно МКБ-Х РеА классифицируются как реактивные артропатии с шифром M02 (включая болезнь Рейтера с шифром M02.3.).

По данным ряда авторов, дебют РеА у большинства больных связан с острой или персистирующей кишечной инфекцией, индуцируемой инфекциями урогенитального тракта (*Chlamydia trachomatis*) или энтеробактериями (чаще *Yersinia enterocolitica*, реже другими энтеробактериями) [5,6,7,8,9]. Одним из ярких представителей РеА является синдром Рейтера (уретро-окуло-синовиальный синдром). В основе данной патологии лежит ряд патологических факторов, как иммунной, так и не иммунной природы. Особенностью данной патологии у детей, как правило, является высокая активность патологического процесса, полисиндромность заболевания, наличие выраженных воспалительных изменений в анализах крови, иммунологических нарушений, а также повышение белков острой фазы заболевания (фибриноген, СРБ, ферритин и др.). В течение 2015-2020 года в ревматологическом отделении КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» («АККЦОМД») проходили лечение 54 ребенка с реактивными артритами, в том числе и 4 детей с синдромом Рейтера, что составило 7,4 % от общего количества больных.

Синдром Рейтера - воспалительный процесс, развивающийся в хронологической связи с урогенитальной или кишечной инфекцией, которые как правило являются триггерными механизмами заболевания, и проявляющийся классической триадой симптомов - уретритом,

конъюнктивитом, артритом. Указанная триада симптомов относится к основным клиническим критериям заболевания и выявляется у значительной части больных с данным синдромом. Однако, для постановки диагноза РеА и дифференциальной диагностики с другими ревматическими заболеваниями, необходимо и лабораторное подтверждение заболевания (общий развернутый анализ крови, наличие антигена гистосовместимости HLA B-27, серологическое исследование методом иммуноферментного анализа с выявлением специфических антител к хламидиям, РФ, белков острой фазы, криоглобулинов, титра АСЛО, антител к ДНК и др.)

Согласно литературным данным, синдром Рейтера чаще всего начинается с симптомов поражения урогенитального тракта через 2-4 недели после перенесенной кишечной инфекции или предполагаемого заражения хламидиозом или бактериями кишечной группы. В последующем присоединяются интоксикационный синдром и симптомы поражения глаз и суставов. В качестве иллюстрации данной патологии приводим описание клинического случая одного из 4-х пациентов с болезнью Рейтера, находившихся на лечении в ревматологическом отделении КГБУЗ «АККЦОМД».

Клинический случай

В мае 2018 г. в ревматологическое отделение КГБУЗ «АККЦОМД» поступила девочка в возрасте 16 лет, которая предъявляла жалобы на выраженную боль и отечность в правом коленном суставе, а также боль и отечность плюснефаланговых суставов 2-3 пальцев правой стопы, затруднение в них движения, нарушение походки.

Объективный статус. Состояние средней степени тяжести. Самочувствие страдает умеренно. Походка нарушена. Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания (масса - 70,5 кг, рост - 174 см). Параметры физического развития соответствуют средним нормам, развитие гармоничное. Цвет кожных покровов бледный, патологических высыпаний не обнаружено, влажность умеренная. При осмотре молочных желез обнаружены белые стрии. Слизистая ротовой полости бледно-розовая, чистая. Миндалины ротоглотки не увеличены. Периферические лимфатические узлы пальпируются мелкие, до 0,5 см, безболезненные, эластичной консистенции, подвижные, не спаянные между собой.

При исследовании суставного статуса, определены ограничения движения в шейном отделе позвоночника, височно-нижнечелюстных, плечевых, локтевых, лучезапястных суставов, мелких суставов костей рук, тазобедренных суставов, но при этом болезненности не выявлено. Вместе с тем, установлено, что правый колен-

ный сустав отечен, движения в полном объеме затруднены, незначительно болезненны. При измерении окружности коленных суставов констатируется изменение: справа - 39,5 см, слева - 38,0 см. Голеностопные суставы деформированы. Определяется отечность правого голеностопного сустава с ограничением движений, пальпация безболезненна, местная температура не повышена. При измерении окружности голеностопных суставов установлено: справа - 28,0 см, слева - 27,0 см. Область мелких суставов стопы изменена. Плюснефаланговые суставы 2-3 пальцев правой стопы и межфаланговый сустав 2-го пальца правой стопы гиперемизированы и отечны, безболезненные при пальпации.

При исследовании дыхательной и сердечно-сосудистой систем патологических изменений не обнаружено. При пальпации живота болезненности не определяется, живот округлой формы, мягкий. При пальпации печени и селезенки увеличения размеров не отмечено. При исследовании почек – симптом поколачивания (Пастернацкого) отрицательный. Стул регулярный, мочеиспускание не нарушено.

Были проведены лабораторные исследования, обнаружены следующие изменения: в ОАК (общий анализ крови) – увеличение количества лейкоцитов до $11,47 \times 10^9/\text{л}$, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ до 120 мм/ч; в биохимическом анализе крови – уровень фибриногена – 8,0 г/л, С-реактивный белок – 18 мг/л.

В анализах мочи признаки инфекции мочевыводящих путей (лейкоциты до 33600 в 1 мл в анализе мочи по Нечипоренко, выделение *E. Coli* при бактериологическом исследовании мочи на микрофлору в титре 10^3).

Серологическое исследование методом иммуноферментного анализа (ХламиБест): выявлены антитела к *Chlamydia trachomatis* - IgM - положительный титр 1:40, IgA - положительный титр 1:10, IgG - отрицательно; через 2 недели - антитела к *Chlamydia trachomatis* - IgM - отрицательно, IgA - положительный титр 1:10, IgG - положительный титр 1:160. Серологическое исследование методом иммуноферментного анализа (ИФА-БЕСТ): антитела классов к *Chlamydophila pneumoniae* – отрицательно.

ПЦР крови на ВИЧ – отрицательно; ПЦР мочи – обнаружено ДНК *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*; исследование мазка из вульвы методом ПЦР – обнаружено ДНК *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, ВПЧ.

УЗИ суставов: выпот в полости правого коленного сустава, киста Бейкера справа, признаки теносиновиита медиальной группы сухожилий правого голеностопного сустава, выпот

в полости суставов, утолщение синовиальной оболочки, остеохондральные изменения 2 и 3 плюснефаланговых суставов правой стопы с признаками отека окружающих тканей.

Рентгенография правой нижней конечности: утолщение кортикального слоя малоберцовой кости. Рентгенография коленных суставов: признаки артрита правого коленного сустава.

Консультация офтальмолога – диагноз: Кератоконъюнктивит ОУ. Венозная дисфункция.

Консультация гинеколога - диагноз: Урогенитальный микоплазмоз, уреаплазмоз. Гонококковая инфекция. ВПЧ-инфекция.

Учитывая жалобы, анамнез заболевания, данные объективного осмотра и лабораторные методы исследования, выставлен основной клинический диагноз: Болезнь Рейтера (полиартрит, кератоконъюнктивит, инфекция мочевыводящих путей), подострое течение, активность 3 степени. Функциональная недостаточность суставов 2 степени.

Получала лечение: цефтриаксон 1,0 г. внутримышечно однократно - 10 дней, доксициклин моногидрат по 100 мг (1 капсула) 2 раза в день после еды - 10 дней, метронидазол по 500 мг (1 таблетка) 2 раза в день - 7 дней, флуконазол по 150 мг (1 капсула) 1 раз в день - 3 приема с интервалом 3-4 дня. диклофенак 3,0 мл внутримышечно 1 раз в день № 5, затем по 0,05 г 2 раза в день - 1 месяц, раствор ципрофлоксацина 0,3% по 1 капле в оба глаза 8 раз в день - 14 дней, раствор диклофенака 0,1% - по 1 капле 4 раза в день в оба глаза - 14 дней, раствор тобрекса (тобрамицина) 0,3% по 1 капле 4 раза в день в оба глаза - 14 дней, раствор тропикамида 0,5% по 1 капле в оба глаза на ночь - 14 дней. На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось, что проявлялось уменьшением отека правого коленного сустава плюснефаланговых суставов правой стопы, уменьшением признаков кератоконъюнктивита. Назначен сульфасалазин 0,5 г 2 раза в день - 10 дней, по 0,5 г 3 раза в день - 14 дней, далее по 1,0 г 2 раза в день - длительно, более 3 месяцев. Пациентка выписана с улучшением для дальнейшего лечения и наблюдения в поликлинику по месту жительства.

Как видно из представленного клинического примера, заболевание у ребенка протекало с высокой активностью воспалительного процесса, о чем свидетельствовали лабораторные показатели (лейкоцитоз до $11,47 \times 10^9/\text{л}$, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ до 120 мм/ч, фибриноген – 8,0 г/л, С-реактивный белок – 18 мг/л.). У больного выявлены все основные клинические проявления болезни Рейтера (уретрит, конъюнктивит, артрит), заболевание подтверждено серологическими методами исследования, что и позволило диагностировать заболевание и назначить терапию.

Заключение

На основании приведенного клинического примера можно сделать следующие выводы. В связи с тем, что инфекция, предшествующая развитию РеА, не всегда бывает ярко выражена, в процессе диагностики особую значимость приобретают данные дополнительных лабораторных исследований. Для постановки точного диагноза необходимо выделение возбудителя, вызвавшего инфекцию. Мерами профилактики являются своевременное выявление хламидийной инфекции у ребенка и членов его семьи, адекватная терапия урогенитальной инфекции. Таким образом, своевременная диагностика и лечение инфекционной патологии, являющейся триггерным фактором РеА у детей, является важным направлением в профилактике этой патологии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Скударнов Е.В., Колесникова О.И., Выходцева Г.И., Григорьевская О.А., Скударнова А.П., Малюга О.М., Котовщикова Т.А. Своеобразие дебюта и клинического течения реактивного артрита у детей. Бюллетень медицинской науки. 2021;4(24): 39-45.
2. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева Е.И., Валиева С.И., Бзарова Т.М., Слепцова Т.В., Чистякова Е.Г. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с реактивным артритом. 2015.
3. Севостьянов В.К. Жолобова Е.С., Мелик-Гусейнов Д.В. Структура ювенильного идиопатического артрита по данным регистра детей с ревматическими заболеваниями в Москве. Русский Медицинский Журнал. Медицинское обозрение. 2017;1:6-10.
4. Алексеева Е.И. Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, диагностика и лечение. Вопросы современной педиатрии. 2015;14(1): 78-94.
5. Selmi C., Gershwin M.E. Diagnosis and classification of reactive arthritis. *Autoimmun Rev.* Apr.-May 2014;13(4-5):546. 9.
6. Plesca D.A., Luminos M., Spataru L. et al. Postinfectious arthritis in pediatric practice. *Maedica (Buchar).* 2013;8:164. 9.
7. Ajene A.N., Fischer Walker C.L., Black R.E. Enteric pathogens and reactive arthritis: a systematic review of *Campylobacter*, *salmonella* and *Shigella*-associated reactive arthritis. *J. Health Popul. Nutr.* 2013;31:299–307.
8. Wu I.B., Schwartz R.A. Reiter's syndrome: the classic triad and more. *J. Am Acad. Dermatol.* 2008; 59:113. 21.
9. Скударнов Е.В., Колесникова О.И., Лобанов Ю.Ф., Малюга О.М., Скударнова А.П., Серо-

клинов В.Н., Горобченко В.М. Этиологические аспекты реактивных артритов у детей. Журнал инфектологии. Приложение 1. 2021;13(2): 76-77.

References

1. Skudarnov E.V., Kolesnikova O.I., Vykhodtseva G.I., Grigorevskaya O.A., Skudarnova A.P., Malyuga O.M., Kotovschikova T.A. Peculiarities of the debut and clinical course of reactive arthritis in children. *Bulletin of Medical Science*. 2021;4(24): 39-45. (In Russ.)
2. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Alekseeva E.I., Valieva S.I., Bzarova T.M., Sleptsova T.W., Chistyakova E.G. Federal clinical guidelines for medical care for children with reactive arthritis. 2015. (In Russ.)
3. Sevostyanov V.K., Zholobova E.S., Melik-Guseinov D.V. Structure of juvenile idiopathic arthritis according to the register of children with rheumatic diseases in Moscow. *Russian Medical Journal. Medical Review*. 2017;1:6-10. (In Russ.)
4. Alexeeva E.I. Juvenile idiopathic arthritis: clinical picture, diagnosis and treatment. *Issues of Modern Pediatrics*. 2015;14(1): 78-94. (In Russ.)
5. Selmi C., Gershwin M.E. Diagnosis and classification of reactive arthritis. *Autoimmun Rev*. Apr.-May 2014;13(4-5):546. 9.
6. Plesca D.A., Luminos M., Spataru L. et al. Postinfectious arthritis in pediatric practice. *Maedica (Buchar)*. 2013;8:164. 9.
7. Ajene A.N., Fischer Walker C.L., Black R.E. Enteric pathogens and reactive arthritis: a systematic review of Campylobacter, salmonella and Shigella-associated reactive arthritis. *J. Health Popul. Nutr*. 2013;31:299-307.
8. Wu I.B., Schwartz R.A. Reiter's syndrome: the classic triad and more. *J. Am Acad. Dermatol*. 2008; 59:113. 21.
9. Skudarnov E.V., Kolesnikova O.I., Lobanov Y.F., Malyuga O.M., Skudarnova A.P., Seroklinov V.N., Gorobchenko V.M. Etiological aspects of reactive arthritis in children. *Journal of Infectiology. Appendix 1*. 2021;13(2): 76-77. (In Russ.)

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Колесникова Ольга Ивановна, профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ. 656036, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Петра Сухова, д. 62А, кв. 58.
Тел.: +79039577931
E-mail: vasculit@list.ru

Информация об авторах

Строева Вероника Павловна, доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФГБОУ «Кемеровский государ-

ственный медицинский университет» Минздрава России.

650056, Кемеровская область – Кузбасс, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 А. Тел.: +79039439320
E-mail: y.i.rovda@rambler.ru

Выходцева Галина Ивановна, профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой педиатрии с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

656066, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Комсомольский 44, кв. 27.

Тел.: +79050849172

E-mail: dekanat1966@bk.ru

Мироненко Ирина Игоревна, ассистент кафедры педиатрии с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

656015, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Советская 7, кв. 3.

Тел.: +79132144460

E-mail: irina.mironenko1@yandex.ru

Сероклинов Валерий Николаевич, доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

656066, Алтайский край, г. Барнаул, Павловский тракт, д. 128, кв. 45.

Тел.: +79635287171

E-mail: v.seroklinov@mail.ru

Сапкина Моника Руслановна, заведующая клинико-диагностической лабораторией КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

656065, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Энтузиастов 51, кв. 99.

Тел.: +79231649635

E-mail: dom_u_sea@mail.ru

Григоревская Ольга Александровна, заведующая ревматологическим отделением, Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства.

656055, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Юрина д. 182, кв. 136.

Тел.: +7(3852)569825

E-mail: grigorevskaya.olga@mail.ru

Баюнова Людмила Михайловна, врач-ординатор ревматологического отделения Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства.

656055, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Островского, д. 21, кв. 7.
Тел.: +7(3852)569825
E-mail: danbar@inbox.ru

Поступила в редакцию 04.01.2022

Принята к публикации 23.02.2022

Для цитирования: Колесникова О.И., Строева В.П., Выходцева Г.И., Мироненко И.И., Се-

роклинов В.Н., Сапкина М.Р., Григорьевская О.А., Баюнова Л.М. Случай болезни Рейтера у подростка. *Бюллетень медицинской науки.* 2022;1(25): 57-61.

Citation: Kolesnikova O.I., Stroeve V.P., Vykhodtseva G.I., Mironenko I.I., Seroklinov V.N., Sapkina M.R., Grigorevskaya O.A., Bayunova L.M. A case of Reiter's disease in a teenager. *Bulletin of Medical Science.* 2022;1(25): 57-61. (In Russ.)