

в работе других медицинских ведомственных подразделений системы МВД Российской Федерации.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование

ЛИТЕРАТУРА

1. Хисамиев, Р.Ш. Опыт организации деятельности медико-санитарной части в период проведения крупных международных и массовых спортивных мероприятий (на примере ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» в период подготовки и проведения XXVII Всемирной летней Универсиады 2013 года в г. Казани) / Р.Ш. Хисамиев, Л.Р. Гинятуллина, Н.Б. Амиров // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6, прил. 1. – С.4–9.
2. Сабиров, Л.Ф. Организация стационарного звена медицинского обеспечения сотрудников МВД в период проведения Универсиады-2013 / Л.Ф. Сабиров, А.В. Спиридонов, А.О. Смирнов // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6, прил. 1. – С.38–39.
3. Медико-санитарное сопровождение приданных сил МВД в период проведения XXVII Универсиады 2013 года в Казани. Взгляд врача мобильной медицинской бригады / Р.Ф. Сахибуллин, А.Г. Агеев, Ю.Ф. Гимадиев, И.А. Строителев // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6, прил. 1. – С.39–41.
4. Хисамиев, Р.Ш. Ведомственное здравоохранение МВД по Республике Татарстан: реалии и перспективы / Р.Ш. Хисамиев, Л.Р. Гинятуллина, Н.Б. Амиров // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, прил. 1. – С.11–15.
5. Эффективность менеджмента ведомственного учреждения здравоохранения в свете 30-летнего юбилея открытия нового стационара – Клинического госпиталя медико-санитарной части МВД России по РТ / Л.Ф. Сабиров, А.В. Спиридонов, Р.Ш. Хисамиев, Н.Б. Амиров // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, прил. 1. – С.15–20.

REFERENCES

1. Khisamiyev RSh, Ginyatullina LR, Amirov NB. Opyt organizatsii deyatelnosti mediko-sanitarnoy chasti v period provedeniya krupnykh mezhdunarodnykh i massovykh sportivnykh meropriyatiy (na primere FKUZ «MSCH MVD Rossi po respublike Tatarstan» v period podgotovki i provedeniya KHKHVII vsemirnoy letney universiady 2013 goda v g. Kazani) [Experience in organizing the activities of the medical and sanitary unit in the period of major international and mass sports events (on the example of the FKUZ «MSh Ministry of the Interior of Russia in the Republic of Tatarstan» during the preparation and conduct of the XXVII World Summer Universiade 2013 in Kazan)]. Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2013; 6 (sup1): 4-9.
2. Sabirov LF, Spiridonov AV, Smirnov AO. Organizatsiya statsionarnogo zvena meditsinskogo obespecheniya sotrudnikov MVD v period provedeniya Universiady – 2013 [Organization of inpatient medical support for the Ministry of Internal Affairs staff during the Universiade – 2013]. Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2013; 6 (sup1): 38-39.
3. Sakhibullin RF, Ageyev AG, Gimadiyev YuF, Stroitelev IA. Mediko – sanitarnoye soprovozhdeniye pridannykh sil MVD v period provedeniya XXVII Universiady 2013 goda v Kazani; Vzglyad vracha mobil'noy meditsinskoy brigady [Medical and sanitary support of the forces attached to the Ministry of Internal Affairs during the XXVII Universiade 2013 in Kazan; The view of the doctor of the mobile medical team]. Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2013; 6 (sup1): 39-41.
4. Khisamiyev RSh, Ginyatullina LR, Amirov NB. Vedomstvennoye zdravookhraneniye MVD po Respublike Tatarstan: realii i perspektivy [Ministry of Internal Affairs of the Republic of Tatarstan: realities and prospects]. Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2014; 7 (sup1): 11-15.
5. Sabirov LF, Spiridonov AV, Khisamiyev RSh, Amirov NB. Effektivnost' menedzhmenta vedomstvennogo uchrezhdeniya zdravookhraneniya v svete 30-letnego yubileya otkrytiya novogo statsionara – Klinicheskogo gospihalya mediko-sanitarnoy chasti MVD Rossii po RT [The effectiveness of the management of the departmental health care establishment in the light of the 30th anniversary of the opening of a new hospital – the Clinical Hospital of the Ministry of the Interior of Russia for RT]. Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2014; 7 (sup1): 15-20.

© Л.Х. Сафаргалиева, Р.И. Шаймуратов, Р.Р. Ягфарова, Р.Р. Шарипова, 2018

УДК 616.72-002-07

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).129-135

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

САФАРГАЛИЕВА ЛИЛИЯ ХАТИМОВНА, начальник терапевтического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, e-mail: Safargaliev.lilia@mail.ru

ШАЙМУРАТОВ РУСТЕМ ИЛЬДАРОВИЧ, ассистент кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бултерова, 49, e-mail: russtem@gmail.com

ЯГФАРОВА РИТА РАШИТОВНА, врач терапевтического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132

ШАРИПОВА РОЗАЛИЯ РАДРИКОВНА, врач терапевтического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, e-mail: sharipova.7@mail.ru

Реферат. Реактивный артрит – это заболевание, которое относится к группе серонегативных спондилоартритов и характеризуется воспалительным поражением суставов в связи с перенесенной кишечной или урогенитальной инфекцией. **Цель** – представить современные данные о реактивном артрите, продемонстрировать клинический

случай реактивного артрита. **Материал и методы.** Проведен поиск информации в отечественных и зарубежных источниках. Проведено комплексное обследование пациента, выявлены особенности клинического течения и этапов диагностики. **Результаты и их обсуждение.** Краткий обзор истории развития знаний о реактивном артрите показал, что, несмотря на накопленный опыт, остаются актуальными проблемы эпидемиологии, классификации и диагностики. Эпидемиология реактивного артрита в Российской Федерации демонстрирует разброс в десятках случаев заболевших на 100 тыс. населения. Неспецифические клинические проявления приводят к маскировке реактивного артрита под остальные типы серонегативных артритов. Редкость проявления реактивного артрита застает врача-терапевта врасплох и приводит к избыточному назначению лабораторных и инструментальных исследований, тогда как в большинстве случаев достаточно обойтись минимальными клиническими и микробиологическими (серологическими) критериями. В данной статье приведен клинический случай реактивного артрита как иллюстрация сложности диагностического поиска при неспецифических поражениях суставов. **Выводы.** Для большинства случаев реактивного артрита клинические критерии являются достаточно чувствительными для постановки диагноза.

Ключевые слова: реактивный артрит, патогенез, диагностика, лечение.

Для ссылки: Проблемы диагностики реактивного артрита / Л.Х. Сафаргалиева, Р.И. Шаймуратов, Р.Р. Ягфарова, Р.Р. Шарипова // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 4. – С.129–135. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).129-135.

REACTIVE ARTHRITIS DIAGNOSIS ISSUES

SAFARGALIYEVA LILIYA KH., Head of the Department of internal medicine of Clinical Hospital of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia for the Republic of Tatarstan, Russia, 420059, Kazan, Orenburgskiy trakt str., 132, e-mail: Safargalieva.lilia@mail.ru

SHAYMURATOV RUSTEM I., assistant of professor of the Department of phthisiology and pulmonology of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: russtem@gmail.com

YAGFAROVA RITA R., physician of the Department of internal medicine of Clinical Hospital of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia for the Republic of Tatarstan, Russia, 420059, Kazan, Orenburgskiy trakt str., 132

SHARIPOVA ROZALIA R., physician of the Department of internal medicine of Clinical Hospital of Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia for the Republic of Tatarstan, Russia, 420059, Kazan, Orenburgskiy trakt str., 132, e-mail: sharipova.7@mail.ru

Abstract. Reactive arthritis is a disorder that belongs to seronegative spondyloarthritis group. It is characterized by inflammatory joint damage related to intestinal or urogenital infection. **Aim.** The aim of the study is to present modern data on reactive arthritis and to demonstrate the clinical case. **Material and methods.** The search for information in native and foreign sources of data was carried out to prepare a review. Comprehensive medical examination of the patient was performed, and the features of clinical course and the stages of diagnosis were identified. **Results and discussion.** A brief historical review on reactive arthritis showed that, despite the gathered experience, the problems of epidemiology, classification and diagnostics remain relevant. The epidemiology of reactive arthritis in the Russian Federation shows a scatter in dozens of cases per 100 thousand of citizens. Nonspecific clinical manifestations of reactive arthritis resemble the other types of seronegative arthritis. The rarity of reactive arthritis discourages physicians and leads to excessive laboratory and instrumental studies, whereas, in most cases, it is enough to reveal minimal clinical and microbiological (serological) criteria. The article presents a clinical case of reactive arthritis as an example of the complexity of the diagnostic search for nonspecific joint diseases. **Conclusion.** For most cases of reactive arthritis, clinical examination is sufficient and sensitive for diagnosis.

Key words: reactive arthritis, pathogenesis, diagnostics, treatment.

For reference: Safargaliyeva LH, Shaymuratov RI, Yagfarova RR, Sharipova RR. Reactive arthritis diagnosis issues. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (4): 129–135. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(4).129-135.

Введение. Реактивный артрит (РеА) – это заболевание, относящееся к группе серонегативных спондилоартритов, характеризующееся воспалительным поражением суставов в связи с перенесенной кишечной или урогенитальной инфекцией.

Классическое проявление реактивного артрита описывалось еще Гиппократом (460 г. до н.э.) как воспалительные изменения в суставах после полового контакта. Знаменитый английский физиолог Б. Броди (Benjamin Brodie) в 1818 г. в своем фундаментальном труде «Патолого-анатомические и клинические наблюдения болезней суставов» впервые описал классическую триаду РеА – уретрит, конъюнктивит и артрит у пятерых пациентов [1].

В 1916 г. Н. Фиссинже и Э. Леруа во Франции (Noel Fiessinger, Edgar LeRoy) опубликовали отчет о

четырёх пациентах, страдавших РеА, названным авторами «уретроокулосиновиальным синдромом» [2].

С разницей в 8 дней в этом же году Г. Рейтер (Hans Reiter) в Германии описывает клинический случай молодого мужчины с дебютом заболевания, проявившемся болевым синдромом и диареей и сопровождавшимся спустя неделю уретритом, конъюнктивитом и полиартралгией [3]. Рейтер выделил чистую культуру возбудителя из гемокультуры, которым оказалась на первый взгляд *Spirochaete pallida*, однако результаты дальнейшего наблюдения за колониями свидетельствовали в пользу *Spirochaete forans* – условно патогенной бактерии. Описанное заболевание автор предложил назвать «спирохетозным артритом» (*Spirochaetosis arthritica*). В последующие годы проявления реактивного артрита имели несколько терминов: «синдром Рейтера», «болезнь Рейтера», «триада Рейтера», «тетрада Рейтера».

Представления о ведущей роли инфекции в качестве непосредственного этиологического агента РеА доминировали до 1964 г., когда Райтом и Ридом (V. Wright, W. Reed) были представлены различия в патогенезе инфекционного и серонегативного артритов [4]. Впоследствии результаты исследований пораженных суставов у пациентов с реактивным артритом продемонстрировали, что синовиальная жидкость остается стерильной, несмотря на ранее перенесенную бактериальную инфекцию. С учетом новых данных скандинавскими авторами (P. Ahvonen, K. Sievers, K. Aho) в 1969 г. был предложен термин «реактивный артрит», который включал в себя суставные и внесуставные проявления и серологическую верификацию диагноза [5].

В 1973 г. независимо друг от друга Brewerton et al. и Schlosstein et al. доказали связь между наличием HLA-B27-антигена и анкилозирующим спондилоартритом. По данным исследователей, 88–96% пациентов с поражениями суставов имели HLA-B27-антиген, тогда как среди здоровых людей носительство HLA-B27-антигена составляло 4–8% [6].

В настоящее время в группу HLA-B27-ассоциированных артритов входят: анкилозирующий спондилоартрит; реактивный артрит; колитассоциированный спондилоартрит; псориатический спондилоартрит; ювенильный артрит, ассоциированный с энтезитом и острый передний увеит [7].

Длительное время термин «синдром Рейтера» использовался для обозначения РеА, проявляющегося артритом, уретритом и конъюнктивитом, однако в 2000 г. были опубликованы доказательства участия Рейтера в экспериментах, связанных с насильственной стерилизацией, эвтаназией и экспериментальной вакцинацией против тифа, приводящей к сотням смертей в концентрационном лагере Бухенвальд. В связи с этим термин «синдром Рейтера» был изъят из классификаций большинства врачебных сообществ [8].

Эпидемиология. Распространенность РеА относительно невысока и составляет, по данным разных исследователей, от 0,6 до 27 случаев на 100 тыс. населения в мире. Чаще РеА поражает мужчин в возрасте 20–30 лет [9], преимущественно европеоидного типа [10].

В Российской Федерации заболеваемость составляет, по разным данным, от 4,5–6 случаев до 43 на 100 тыс. населения [11, 12]. РеА, ассоциированный как с мочеполовой, так и кишечной инфекциями, встречается примерно в равных пропорциях [13]. В последние годы заболеваемость РеА имеет тенденцию к росту. Отмечается роль урогенитальных инфекций, случаи заболевания семей, рост заболеваемости среди военнослужащих [14].

Этиология и патогенез. Большинство триггеров РеА относятся к возбудителям, преимущественно поражающим урогенитальный тракт или кишечник – факультативным или облигатным внутриклеточным бактериям, таким как *Salmonella* (несколько серотипов), *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, *Campylobacter jejuni*, *Chlamydia trachomatis* и *Chlamydia pneumoniae*. Классическое представ-

ление о РеА как о стерильном воспалении суставов изменилось с развитием современных методов исследования – антигены и ДНК триггеров были обнаружены в воспаленных суставах. Основным патогенетическим механизмом является измененный иммунный ответ у HLA-B27-серопозитивных лиц [15]. Эта концепция получила название «теория артрогенных пептидов»; предполагается, что асептическое воспаление суставов связано с Т-клеточным иммунным ответом на специфические антигенные пептиды бактерий-триггеров. Образующиеся антитела реагируют и с внешними, и с «собственными» антигенами, тем самым запуская иммуновоспалительный ответ [16].

Клиническая картина. После разрешения триггерной инфекции (кишечной или урогенитальной) через 1–6 нед развивается суставной синдром с развитием асимметричного олигоартрита с преимущественным поражением нижних конечностей, к которому достаточно часто присоединяется сакроилеит [17]. Мочеполовые симптомы могут включать в себя неспецифический уретрит, цервицит, цистит, гематурию, гидронефроз; поражение кожи может проявляться кератодермией, кольцевидным баланитом, изъязвлениями на языке. Помимо конъюнктивита, глазные синдромы могут включать в себя и острый передний увеит. Одним из проявлений РеА может быть поражение сердечно-сосудистой системы – аортит, с дальнейшим формированием аортальной недостаточности, сердечных блокад [18].

В настоящее время существует несколько подходов к диагностике РеА. В Европе наиболее распространенными критериями были результаты совещания международной рабочей группы по РеА, изложенные в третьей редакции (1995):

Типичный периферический артрит:

- преимущественное поражение нижних конечностей;
- асимметричный олигоартрит.

В сочетании с верифицированной предшествующей инфекцией:

- а) наличие в анамнезе клинической картины кишечной или урогенитальной инфекции за 4 нед до заболевания. Подтверждение лабораторными методами желательны, но не является необходимым;
- б) если нет явной клиники инфекции, необходима лабораторная диагностика.

Критерии исключения: пациенты с известной причиной развития моно/олигоартрита с установленным диагнозом спондилоартропатии, септического артрита, кристаллиндуцированного остеоартрита, болезни Лайма, стрептококкового артрита.

Диагноз РеА не требует обязательного теста на HLA-B27 или внесуставных проявлений синдрома Рейтера (конъюнктивит, ирит, поражение кожи, неинфекционный уретрит, поражение сердечно-сосудистой и нервной системы) или типичных симптомов спондилоартрита (боли в спине, ягодицах, энтезит, ирит). Но при наличии эту информацию необходимо учитывать [19].

Однако согласно соглашению последнего совещания международной рабочей группы (1999)

рекомендуется использовать как клинические, так и иммунологические критерии (HLA-B27) серонегативных спондилоартропатий и избегать терминов «инфекционно-ассоциированный артрит» и «инфекционный артрит»; ограничить возбудители-триггеры следующими микроорганизмами: *Chlamydia trachomatis*, *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni* и *Shigella flexneri*. Уточнялись хронологические критерии: минимальный срок появления симптомов РеА составляет 1–7 дней, максимальный – 4 нед. Если длительность реактивного артрита составляет более 6 мес, то такой РеА следует отнести к хроническому. Рекомендуется исследование уретральных и цервикальных мазков на возбудители-триггеры с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) [20–22].

В 2003 г. были предложены российские критерии РеА [23]:

Большие критерии:

1. Артрит (необходимо наличие двух из трех характеристик):

- асимметричный;
- поражение ограниченного числа суставов (преимущественно нижних конечностей);
- поражение суставов нижних конечностей.

2. Предшествующая клинически выраженная инфекция (наличие одного из двух проявлений):

- уретрит/цервицит, предшествующий артриту в течение 8 нед;
- энтерит, предшествующий артриту в течение 6 нед.

Малые критерии.

Лабораторное подтверждение триггерных инфекций, вызванных (один из двух вариантов) *Chlamydia trachomatis* или энтеробактериями.

Диагноз *определенного* РеА устанавливается при наличии обоих больших критериев и соответствующего малого критерия.

Диагноз *вероятного* РеА устанавливается при наличии обоих больших критериев или при наличии первого большого критерия и малого критерия.

Согласно последнему изданию американского учебника по ревматологии (Kelley and Firestein, 2017) [24], в клинической практике большинство пациентов с суставным синдромом, энтезитом или болями в спине будут соответствовать критериям Международного общества по спондилоартритам. «Золотым стандартом» реактивного артрита будет верификация предшествующей инфекции-триггера с помощью ПЦР или микробиологического (культурального) исследования; менее строгие критерии диагностики неизбежно приведут к «перекресту» с недифференцированным спондилоартритом. Примечательно, что до 50% пациентов со спондилоартритом демонстрируют реакцию Т-клеток синовиальной жидкости на триггеры реактивного артрита. Но, по данным Американской коллегии ревматологии (*таблица*), связь суставных проявлений с инфекцией является достаточным чувствительным и специфичным критерием [25].

Чувствительность и специфичность клинических признаков РеА

Критерии	Чувствительность, %	Специфичность, %
1. Эпизод артрита спустя более месяца после уретрита и/или цервицита	84,3	98,2
2. Эпизод артрита спустя более месяца после уретрита или цервицита, или двустороннего конъюнктивита	85,5	96,4
3. Эпизод артрита, конъюнктивита и уретрита	51	99
4. Эпизод артрита, длящийся более 1 мес, конъюнктивит и уретрит	48	99

Одним из первых клинических руководств и рекомендаций по РеА стало европейское руководство по ведению пациентов с сексуально-приобретенными артритами. В последней редакции (2014) особое внимание уделено диагностике предшествующей урогенитальной инфекции и последующего обследования суставов, включая лучевую диагностику [26]. В 2016 г. в Республике Казахстан был обновлен клинический протокол диагностики и лечения РеА с учетом последних данных доказательной медицины в области серонегативных артритов. Клинический протокол описывает алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики РеА с другими заболеваниями из группы серонегативных спондилоартропатий – анкилозирующим спондилитом (болезнью Бехтерева), ювенильным анкилозирующим спондилоартритом, псориатическим артритом, артритом при хронических воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, болезнь Уиппла), а также недифференцированным спондилоартритом [27].

Лечение реактивного артрита заключается в терапии, направленной на элиминацию инфекции-триггера, а также воздействия на суставные проявления. Для антимикробной терапии необходима рациональная антибиотикотерапия, проводящаяся с учетом конкретного возбудителя и микробиологическим контролем; наиболее эффективна антибиотикотерапия на раннем этапе РеА или при рецидивах заболевания. Однако метаанализ 12 исследований антибиотикотерапии при РеА продемонстрировал, что не было существенного результата при использовании монотерапии или комбинаций, и лечебный эффект антибиотикотерапии не оказывал значимого влияния на ремиссию РеА и выраженность суставных проявлений [28].

Для лечения непосредственно артрита или спондилоартрита при олигосуставном поражении назначаются нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты в зависимости от объема поражения. В наиболее тяжелых случаях хронического РеА применяется иммуносупрессивная терапия. Перспективными являются исследования ингибиторов ФНО- α , антагонистов ИЛ-6, изучение калликреинкининовой системы как потенциальной мишени воздействия [29–30].

Краткий обзор истории развития знаний о реактивном артрите показал, что несмотря на накопленный опыт, остаются актуальными проблемы эпидемиологии, классификации и диагностики. Эпидемиология реактивного артрита в Российской Федерации демонстрирует разброс в десятках случаях заболевших на 100 тыс. населения. Неспецифические клинические проявления приводят к маскировке РеА под остальные типы серонегативных артритов. Редкость проявления РеА заставит врача-терапевта врасплох и приводит к избыточному назначению лабораторных и инструментальных исследований, тогда как в большинстве случаев достаточно обойтись минимальными клиническими и микробиологическими (серологическими) критериями.

В данной статье приведен **клинический случай** реактивного артрита как иллюстрация сложности диагностического поиска при неспецифических поражениях суставов.

Пациент А., 41 год, 04.04.2018 был доставлен в приемный покой Клинического госпиталя МВД г. Казани с жалобами на выраженные боли в мелких суставах кистей, левом коленном суставе, мелких суставах правой стопы, болями в поясничном отделе справа с иррадиацией в нижние конечности, субфебрильную температуру тела, общую слабость, повышенное потоотделение, кашель, мочеиспускание с резью. Пациент не мог передвигаться самостоятельно из-за выраженного болевого синдрома.

Заболел остро. Начало заболевания связывает с появления жидкого стула 19.03.2018. Жидкий стул начался спустя 30 мин после употребления в пищу консервированных помидоров из магазина и продолжался в течение 4 дней, сопровождался подъемом температуры до 38°C.

01.04.2018 к клиническим проявлениям присоединился уретрит; обращался к урологу, получал азитромицин, леволет в течение 4 дней. Боли в поясничном отделе позвоночной области усилились.

04.04.2018 пациент был госпитализирован в неврологическое отделение Клинического госпиталя МВД с диагнозом «вертеброгенная люмбоишалгия, компрессионная радикулопатия S1-корешка справа. Хронический пиелонефрит? Хронический простатит?»; были назначены дексаметазон внутримышечно, маннит, диклофенак, цефатоксим. Был консультирован урологом, диагноз «острый передний уретрит», назначены азитромицин, цефтазидим, левофлоксацин.

В анализах крови при поступлении обращает на себя повышение СОЭ (до 20 мм), в биохимическом анализе крови – без патологии. В общем анализе мочи – без патологии.

05.04.2018 было проведено МРТ-исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника. Заключение: дегенеративные изменения в поясничном отделе позвоночника (остеохондроз, спондилоартроз) с признаками грыжеобразования вещества межпозвоночных дисков L4/L5; L5/S1. Признаки стенозирования на уровне L5/S1.

06.04.2018 состояние ухудшилось, появилась отечность 1-го плюснефалангового сустава правой

кисти, далее отечность правого коленного и впоследствии левого коленного сустава; температура тела повысилась до 38,5°C.

09.04.2018 был проведен консилиум в составе врача-уролога, неврологов и терапевтов. Пациенту был назначен доксициклин и ПЦР-исследование крови на хламидии.

11.04.2018 пациенту было проведено рентгеновское исследование суставов.

Заключение рентгеновского исследования кистей в двух проекциях: суставные рентгеновские щели в пястно-фаланговых суставах и в межфаланговых суставах не сужены, с умеренным субхондральным уплотнением суставных поверхностей. Выраженных изменений не наблюдается.

Заключение рентгеновского исследования правого коленного сустава в двух проекциях: суставная рентгеновская щель с медиальной стороны правого коленного сустава умеренно сужена, лентовидной формы. Умеренный субхондральный склероз суставных поверхностей мыщелков большеберцовой кости. Апикальная поверхность медиального межмыщелкового возвышения заострена и несколько возвышена, с латеральной стороны большеберцовой кости сглажено – без особенностей. Рентгенологические признаки: начальные признаки артроза правого коленного сустава.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brodie, B.C. Pathological and Surgical Observations on Diseases of the Joints / B.C. Brodie. – London: Longman, 1818. – P.54.
2. Fiessinger, N. Contribution à l'étude d'une épidémie de dysenterie dans la Somme / N. Fiessinger, E. Leroy // Bull. Soc. Med. Hôp. Paris. – 1916. – Vol. 40. – P.2030–2069.
3. Reiter, H. Über eine bisher unerkannte Spirochäteninfektion (Spirochaetosis arthritica) / H. Reiter // Deutsche Medizinische Wochenschrift. – 1916. – Vol. 42. – P.1535–1536.
4. Wright, V. The Link between Reiter's Syndrome and Psoriatic Arthritis / V. Wright, W.B. Reed // Ann. Rheum. Dis. – 1964. – Vol. 23, № 1. – P.12–21.
5. Ahvonen, P. Arthritis associated with Yersinia enterocolitica infection / P. Ahvonen, K. Sievers, K. Aho // Acta. Rheum. Scand. – 1969. – Vol. 15. – P.232–253.
6. Thorsby, E. A short history of HLA / E. Thorsby // Tissue Antigens – 2009. – Vol. 74, № 2. – P.101–116.
7. Bowness, P. HLA-B27 / P. Bowness // Ann. Rev. Immunol. – 2015. – Vol. 33. – P.29–48.
8. Iglesias-Gammara, A.A Brief History of Stoll-Brodie-Fiessinger-Leroy Syndrome (Reiter's Syndrome) and Reactive Arthritis with a Translation of Reiter's Original 1916 Article into English / A. Iglesias-Gammara, J.F. Restrepo, R. Valle, E.L. Matteson // Current Rheumatology Reviews. – 2005. – Vol. 1. – P.71–79.

9. *Cheeti, A.* Arthritis, Reactive (Reiter Syndrome) / A. Cheeti, K. Ramphul. – StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2018. – Apr. 30.
10. *Nidavani, R.B.* Update on the diagnosis and management of Reactive arthritis (Reiter's syndrome) // R.B. Nidavani, A.M. Mahalakshmi, K.L. Krishna // *Der Pharmacia Sinica*. – 2015. – Vol. 6, № 2. – P.12–18.
11. *Насонов, Е.Л.* Ревматология. Национальное руководство / Е.Л. Насонов, В.А. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – 720 с.
12. *Белов, Б.С.* Реактивные артриты / Б.С. Белов, С.В. Шубин, Р.М. Балабанова, Ш.Ф. Эрдес // *Научно-практическая ревматология*. – 2015. – Т. 53, № 4. – С.414–459.
13. *Казакова, Т.В.* Реактивный артрит: клиника, диагностика и лечение / Т.В. Казакова, М.А. Рашид, Н.А. Шостак, Н.Ю. Карпова // *Лечебное дело*. – 2010. – № 1. – С.11–22.
14. *Федотов, В.П.* Болезнь Рейтера (история, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника и течение, поражение кожи, глаз, опорно-двигательного аппарата и других органов): клиническая лекция / В.П. Федотов // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. – 2016. – № 1. – С.83–106.
15. *Vähämiko, S.* Aetiology and pathogenesis of reactive arthritis: role of non-antigen-presenting effects of HLA-B27 / S. Vähämiko, M.A. Penttinen, K. Granfors // *Arthritis Research & Therapy*. – 2005. – Vol. 7, № 4. – P.136–141.
16. *Colmegna, I.* HLA-B27-Associated Reactive Arthritis: Pathogenetic and Clinical Considerations / I. Colmegna, R. Cuchacovich, L.R. Espinoza // *Clin. Microbiol. Rev.* – 2004. – Vol. 17, № 2. – P.348–369.
17. *Кундер, Е.В.* Реактивный артрит / Е.В. Кундер // *Медицинские новости*. – 2015. – № 11. – С.8–13.
18. *Barth, W.F.* Reactive arthritis (Reiter's syndrome) / W.F. Barth, K. Segal // *Am. Fam. Physician*. – 1999. – Vol. 60, № 2. – P.499–503.
19. *Kingsley, G.* Third International Workshop on Reactive Arthritis. 23–26 September 1995, Berlin, Germany. Report and abstracts / G. Kingsley, J. Sieper // *Ann. Rheum. Dis.* – 1996. – Vol. 55, № 8. – P.564–584
20. *Sieper, J.* Report on the Fourth International Workshop on Reactive Arthritis / J. Sieper, J. Braun, G.H. Kingsley // *Arthritis Rheum.* – 2000. – Vol. 43. – P.720–734.
21. *Braun, J.* On the difficulties of establishing a consensus on the definition of and diagnostic investigations for reactive arthritis. Results and discussion of a questionnaire prepared for the 4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin, Germany, July 3–6, 1999. / J. Braun, G. Kingsley, D. van der Heijde [et al.] // *J. Rheumatol.* – 2000. – Vol. 27, № 9. – P.2185–2192.
22. *Глазунов, А.В.* Реактивный артрит: критерии диагноза и подход к этиотропной терапии / А.В. Глазунов, И.А. Панина, С.К. Аджигайтканова, П.А. Глазунов // *Клиническая геронтология*. – 2008. – Т. 14, № 2. – С.41–46.
23. *Агабабова, Э.Р.* Критерии реактивных артритов / Э.Р. Агабабова, Н.В. Бунчук, С.В. Шубин [и др.] // *Научно-практическая ревматология*. – 2004. – № 3. – С.3–10.
24. *Firestern, G.* Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology (Tenth Edition) 2017 / G. Firestein, R. Budd, S.E. Gabriel [et al.]. – Elsevier, 2017. – P.2288.
25. *Hui, D.* Approach to Internal Medicine A Resource Book for Clinical Practice Editors / D. Hui, A.A. Leung, R. Padwal. – Springer International Publishing, 2011. – P.542.
26. *Carlin, E.M.* 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis / E.M. Carlin, J.M. Ziza, A. Keat, M. Janier // *International Journal of STD & AIDS*. – 2014. – Vol. 25, № 13. – P.902–912.
27. URL: [http://www.rcrz.kz/docs/ clinic_protocol/ 2016/2nr/ Терапия Ревматология/ 7%20Реактивный% 20артрит.pdf](http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2016/2nr/Терапия Ревматология/7%20Реактивный% 20артрит.pdf) (дата обращения: 02.06.2018).
28. Antibiotics for Treatment of Reactive Arthritis: A Systematic Review and Metaanalysis / C.E. Barber, J. Kim, R. D. Inman [et al.] // *The Journal of Rheumatology*. – 2013. – Vol. 40, № 6. – P.916–928.
29. *Selmi C.* Diagnosis and classification of reactive arthritis / C. Selmi, M.E. Gershwin // *Autoimmunity Reviews*. – 2014. – Vol. 13. – P.546–549.
30. *Бадюкин, В.В.* Диагностика и лечение реактивных артритов / В.В. Бадюкин // *Медицинский совет*. – 2014. – № 5. – С.100–106.

REFERENCES

1. Brodie BC. Pathological and Surgical Observations on Diseases of the Joints. London: Longman. 1818; 54 p.
2. Fiessinger N, Leroy E. Contribution à l'étude d'une épidémie de dysenterie dans la Somme. Bull Soc Med Hôp Paris. 1916; 40: 2030-2069.
3. Reiter H. Über eine bisher unerkannte Spirochäteninfektion (Spirochaetosis arthritica). Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1916; 42: 1535-1536.
4. Wright V, Reed WB. The Link between Reiter's Syndrome and Psoriatic Arthritis. Ann Rheum Dis. 1964; 23 (1): 12–21.
5. Ahvonen P, Sievers K, Aho K. Arthritis associated with Yersinia enterocolitica infection. Acta Rheum Scand. 1969; 15: 232-253.
6. Thorsby E. A short history of HLA. Tissue Antigens. 2009; 74 (2): 101-116.
7. Bowness P. HLA-B27. Annu Rev Immunol. 2015; 33: 29–48.
8. Iglesias-Gammara A, Restrepo JF, Valle R and Matteson LM. A Brief History of Stoll-Brodie-Fiessinger-Leroy Syndrome (Reiter's Syndrome) and Reactive Arthritis with a Translation of Reiter's Original 1916 Article into English. Current Rheumatology Reviews. 2005; 1: 71-79.
9. Cheeti A, Ramphul K. Reactive Arthritis (Reiter Syndrome). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2018.
10. Nidavani RB, Mahalakshmi AM, Krishna K. Update on the diagnosis and management of Reactive arthritis (Reiter's syndrome). Der Pharmacia Sinica. 2015; 6 (2): 12-18.
11. Nasonov EL, Nasonova VA. Revmatologiya. Natsional'noye rukovodstvo [Rheumatology. National Guideline]. Moskva: GEOTAR-Media [Moscow: GEOTAR-Media]. 2010; 720 p.
12. Belov BS, Shubin SV, Balabanova RM, Erdes ShF. Reaktivnyye artrity [Reactive arthritis]. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya [Scientific and practical rheumatology]. 2015; 4: 414-459.
13. Kazakova TV, Rashid MA, Shostak NA, Karpova NYu. Reaktivnyy artrit: klinika, diagnostika i lecheniye [Reactive arthritis: clinic, diagnosis and treatment]. Lechebnoye delo [Therapeutics]. 2010; 1: 11-22.
14. Fedotov VP. Bolezn' Reytera (istoriya, etiologiya, epidemiologiya, patogenez, klinika i techeniye, porazheniye kozhi, glaz, oporno-dvigatel'nogo apparata i drugikh organov): Klinicheskaya lektiya [Reiter's disease (history, etiology, epidemiology, pathogenesis, clinic and management, skin, eye, musculoskeletal and other organs impair): Clinical lecture] Dermatovenerologiya; Kosmetologiya; Seksopatologiya [Dermatovenerology; Cosmetology; Sexopathology]. 2016; 1: 83-106.
15. Vähämiko S, Penttinen MA, Granfors K. Aetiology and pathogenesis of reactive arthritis: role of non-antigen-presenting effects of HLA-B27. Arthritis Res Ther. 2005; 7 (4): 136-141.
16. Colmegna I, Cuchacovich R, Espinoza LR. HLA-B27-Associated Reactive Arthritis: Pathogenetic and Clinical Considerations. Clinical Microbiology Reviews. 2004; 17 (2): 348-369.
17. Kunder EV. Reaktivnyy artrit [Reactive Arthritis]. Meditsinskiye novosti [Medical News], 2015; 11: 8-13.

18. Barth WF, Segal K. Reactive arthritis (Reiter's syndrome). *Am Fam Physician*. 1999; 60 (2): 499-503, 507.
19. Kingsley G, Sieper J. Third International Workshop on Reactive Arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1996; 55 (8): 564-584.
20. Sieper J, Braun J, Kingsley GH. Report on the Fourth International Workshop on Reactive Arthritis. *Arthritis Rheum*. 2000; 43 (4): 720-734.
21. Braun J, Kingsley G, van der Heijde D, Sieper J. On the difficulties of establishing a consensus on the definition of and diagnostic investigations for reactive arthritis. *J Rheumatol*. 2000; 27 (9): 2185-2192.
22. Glazunov AV, Panina IA, Adzhigaytkanova SK, Glazunov PA. Reaktivnyy artrit: kriterii diagnoza i podkhod k etiotropnoy terapii [Reactive arthritis: the criteria for diagnosis and the approach to etiotropic therapy]. *Klinicheskaya Gerontologiya [Clinical Gerontology]*. 2008; 14 (2): 41-46.
23. Agababova ER, Bunchuk NV, Shubin SV et al. Kriterii reaktivnykh artritov [Criteria for reactive arthritis]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya [Scientific and Practical Rheumatology]*. 2004; 3: 3-10.
24. Firestein G, Budd R, Gabriel SE, et al. *Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology (Tenth Edition)*. Elsevier. 2017; 2288 p.
25. Hui D, Leung AA, Padwal R. *Approach to Internal Medicine A Resource Book for Clinical Practice Editors*. Springer International Publishing. 2011; 542 p.
26. Carlin EM, Ziza JM, Keat A, Janier M. 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. *International Journal of STD & AIDS*. 2014; 25 (13): 902-912.
27. [http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2016/2пг/Терапия Ревматология/7%20Реактивный% 20артрит.pdf](http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2016/2пг/Терапия%20Ревматология/7%20Реактивный%20артрит.pdf)
28. Barber CE, Kim J, Inman RD et al. Antibiotics for Treatment of Reactive Arthritis: A Systematic Review and Metaanalysis. *The Journal of Rheumatology*. 2013; 40 (6): 916-928.
29. Selmi C, Gershwin ME. Diagnosis and classification of reactive arthritis. *Autoimmunity Reviews*. 2014; 13: 546-549.
30. Badokin VV. Diagnostika i lecheniye reaktivnykh artritov [Diagnosis and treatment of reactive arthritis]. *Meditsinskiy Sovet [Medical Council]*. 2014; 5: 100-106.