

РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ

М.В. Полюкова, В.Н. Петров, проф., Н.И. Соболева, канд. мед. наук

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

E-mail: pr@spb-gmu.ru

Приведены принципы диагностики, профилактики и лечения реактивного артрита. Описаны компоненты сестринской помощи при этом заболевании.

Ключевые слова: реактивный артрит, диагностика, профилактика, лечение, сестринская помощь.

Реактивный артрит (ReA) – иммуновоспалительное заболевание суставов, развивающееся во время или после инфекционных процессов. Это – достаточно распространенное заболевание, диагностируемое преимущественно в возрасте 20-40 лет, причем значительно чаще – у мужчин.

Пусковым механизмом развития воспалительных поражений суставов являются разные инфекционные агенты, которые не обнаруживаются (не высеваются) в синовиальной жидкости (стерильные артриты) при использовании традиционных микробиологических методов. Наряду с инфекцией, способствующей нарушению иммунологического статуса организма и нередко – хронизации воспалительного процесса, важную роль в развитии патологического процесса играют генетические факторы (носительство антигена HZA-B27), предрасполагающие к развитию артрита.

В зависимости от причин возникновения (этиологии) выделяют ассоциированные и не ассоциированные с HZA B27-антигеном ReA. К первым относят наиболее частые и клинически значимые энтероколитические (шигеллезные, сальмонеллезные, иерсиниозные, кампилобактерные и др.), урогенитальные (хламидийные, уреоплазменные, микроплазменные и др.) ReA, ко вторым – развивающиеся после носоглоточной и вирусной, в том числе ВИЧ, инфекции. Сочетание артрита, конъюнктивита, уретрита или цервицита носит название *синдрома Рейтера*.

Следует отметить, что патогенез ReA, конкретные механизмы взаимодействия инфекционных агентов (бактерий, вирусов и др.) с макроорганизмом, его иммунной и другими системами изучены недостаточно.

Диагностика

При первом контакте с пациентом выясняют, не было ли у него раньше заболеваний суставов, кишечных, мочеполовых, носоглоточных и вирусных инфекций. Важны также особенности поражения суставов (их локализация, причины возникновения и характер обострений заболевания, в том числе болевого синдрома, наличие функциональной недостаточности суставов), методы лечения и их эффективность, возможность самолечения, причины последнего обострения ReA.

Клиническая картина

В клинической картине превалирует поражение опорно-двигательного аппарата, развивающееся реже на фоне острой кишечной или мочеполовой инфекции и значительно чаще – через 1–1,5 мес после нее.

Чаще бывают поражены суставы нижних конечностей (коленные, голеностопные, пальцев стоп), реже – верхних конечностей (локтевые, лучезапястные, пальцев кистей), а также места прикрепления связок и сухожилий к костям, суставы пояснично-крестцового отдела позвоночника. ReA свойственны асимметричные моно- или олигоартикулярные поражения, общее число вовлеченных в воспалительный процесс суставов, как правило, – не более 5–6.

По мере прогрессирования воспалительного процесса возможно последовательное снизу вверх поражение суставов нижних конечностей («лестничный» тип), свойственное мочеполовой инфекции (уретрит, цистит, баланит, цервицит и др.).

Классические признаки ReA – боль, припухлость сустава, повышение температуры кожи и ее гиперемия над пораженным суставом, нарушение его функции. Больных беспокоят постепенно нарастающие, постоянные, ноющие, усиливающиеся ночью боли в суставах. Они сопровождаются ощущением утренней скованности в суставах, могут уменьшаться после физических упражнений.

Причина припухлости сустава – воспалительный отек в синовиальной оболочке, полости сустава и окружающих его мягких тканях. Эти воспалительные процессы в мелких суставах стоп могут сопровождаться «сосискообразным» измене-

нием формы пальцев, чаще наблюдающемся при синдроме Рейтера.

Перечень клинических проявлений дополняют поражения связок, сухожилий, сухожильных влагалищ, слизистых сумок и фасций, а также кожи (гиперкератоз преимущественно подошвенной части стопы и ладоней), слизистых оболочек (эрозии полости рта, конъюнктивит, увеит, уретрит, цистит, баланит, баланопостит, цервицит), ногтей (разные виды ониходистрофий).

При ReA нередко отмечаются общая слабость, снижение трудоспособности, похудение, лихорадка, лимфаденопатия (чаще – паховая), анемия. Возможны висцеральные поражения, характеризующиеся развитием аортита, миокардита, перикардита, плеврита, гломерулонефрита, полиневрита.

При осмотре пациента выявляют бледность кожи и видимых слизистых оболочек, афтозные изменения в полости рта, увеличение безболезненных, умеренно плотных, подвижных, не спаянных с кожей лимфатических узлов (чаще – паховых), гиперкератоз (папулы, бляшки) преимущественно на подошвенной части стоп и ладонях. Возможны повышение температуры тела, похудение. Основополагающие объективные проявления заболевания – болезненность, припухлость асимметричных суставов преимущественно нижних конечностей, нередко – повышение температуры кожи и ее гиперемия (покраснение) над этими суставами, а также болезненность в местах прикрепления связок и сухожилий к костям.

По течению различают ReA острый (менее 6 мес), затяжной (6–12 мес), хронический (более 12 мес), рецидивирующий (развитие суставной атаки после ремиссии заболевания длительно – не менее 6 мес). Активность заболевания оценивают по выраженности болевого синдрома и данным лабораторных исследований.

Медсестра, исходя из данных расспроса и объективного исследования, может заподозрить или диагностировать заболевание суставов воспалительного происхождения, выявить основные проблемы пациента, наметить план сестринского ухода и информировать врача.

Основные проблемы пациента при ReA:

- боль в суставах;
- ограничение физической активности;
- поражение кожи и слизистых оболочек;
- повышение температуры тела;
- недостаточная осведомленность о причинах, методах профилактики и лечения заболевания;
- необходимость изменения обычного образа (стиля) жизни.

Окончательная нозологическая диагностика (верификация) заболевания относится к компетенции врача.

Медсестра сообщает пациенту о необходимости и безопасности проведения определенных лабораторных и инструментальных исследований и осуществляет подготовку к ним.

Данные клинического и биохимического анализов крови свидетельствуют об активности воспалительного процесса при ReA. Клинический анализ крови выявляет лейкоцитоз, гипохромную или нормохромную анемию, повышение СОЭ. При биохимическом исследовании определяют уровни С-реактивного белка, концентрацию сиаловых кислот и фибриногена. В общем анализе мочи нередко обнаруживают микрогематурию, лейкоцитурию.

Выявление этиологических факторов-инфекций, являющихся пусковым механизмом в развитии ReA, осуществляется с помощью бактериологических исследований крови, мочи, фекалий, мазков из конъюнктивы, зева, мочеиспускательного канала и шейки матки, а также серологических и иммунологических методов идентификации специфических антигенов-микроорганизмов или антител к ним. В сыворотке крови больных отсутствует ревматоидный (антииммуноглобулиновые антитела) фактор.

По показаниям исследуют синовиальную жидкость, в которой определяют признаки воспалительного процесса: лейкоцитоз и низкую вязкость синовиальной жидкости.

Инструментальная диагностика обязательно включает в себя рентгенологическое исследование суставов, по показаниям используют ультразвуковые методы, скинтиграфию с радиоактивным технецием и др.

Показаны консультации ревматолога, гастроэнтеролога, уролога, окулиста.

Анализ результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований позволяет врачу поставить окончательный диагноз – верифицировать ReA. Острое течение заболевания в 20–50% случаев переходит в хроническое; заболевание протекает наиболее тяжело у больных с синдромом Рейтера и ВИЧ-инфицированных.

Лечение

Показаниями к госпитализации являются сложности диагностики, тяжелое течение заболевания, в том числе – с системными проявлениями (поражения сердца, легких, почек и др.), неэффективность предшествующего (амбулаторного) лечения и появление побочных эффектов патогенетической терапии.

Комплексная терапия ReA заключается в немедикаментозном и медикаментозном лечении, направленном на устранение или уменьшение выраженности клинической симптоматики поражения суставов, кишечных, мочеполовых, носоглоточных инфекций, достижение ремиссии и должного качества жизни пациента.

В острую фазу заболевания показаны щадящий полупостельный режим (1–2 нед), индивидуально подобранные лечебная физкультура и физиотерапевтические процедуры. Диета предусматривает достаточные калорийность и содержание основных пищевых ингредиентов, включение в рацион продуктов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты (рыбий жир, растительное масло), соли кальция (молоко, молочные продукты), витамины С, D, А и фолиевую кислоту.

Принципы лекарственной терапии:

- Применение антибактериальных препаратов – производных фторхинолонов (ципрофлоксацин, левофлоксацин, пефлоксацин и др.) и азалидов (азитромицин, рокситромицин, кларитромицин и др.) – в зависимости от чувствительности к ним микрофлоры при урогенитальной, в том числе хламидийной, инфекции; целесообразность антибактериальной терапии при этероколитическом варианте заболевания не доказана.
- Использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), обладающих наряду с противовоспалительными обезболивающими и жаропонижающими свойствами (диклофенак, кетопрофен, нимесулид, сулиндак, ибупрофен, напроксен, нимесил и др.); НПВП снижают или подавляют активность воспалительного процесса в суставах.
- Назначение глюкокортикостероидных препаратов (преднизолон, метилпреднизолон, триамцинолон и др.) показано при высокой клинико-лабораторной активности заболевания и отсутствии эффективности от предшествующего лечения НПВП.
- Базисные препараты рекомендуют при хроническом и рецидивирующем течении ReA, наличии системных (висцеральных) проявлений заболевания и недостаточной эффективности лечения; в клинической практике предпочтение отдают сульфаниламидам (сульфасалазин, салазопиридазин, салазодиметоксин и др.), цитостатическим средствам (метотрексат, лефлуномид), циклоспоринолу (индуктору эндогенных интерферонов); препараты хинолинового ряда (делагил, плаквенил) применяют в начальной стадии заболевания на фоне минимальной активности воспалительного процесса; перечисленные лекарственные

препараты используют длительно (месяцы, нередко – годы) в связи с постепенным и медленным (через 2–3 мес от начала применения) развитием лечебного эффекта. При резистентности к лечению базисными препаратами возможно использование в специализированных ревматологических отделениях (центрах) обладающего высокой противовоспалительной активностью и дорогостоящего средства инфликсимаба (антиген к фактору некроза опухоли- α). Повышает эффективность и улучшает переносимость антибактериальной и противовоспалительной терапии (НПВП и базисные средства) вобэнзим – препарат системной энзимотерапии.

Существенная роль в комплексном лечении ReA отводится локальной (местной) терапии (преимущественно – при моно- и олигоартритах), осуществляемой путем внутрисуставных введений глюкокортикостероидных гормонов (бетаметазон, триамцинолон и др.) и аппликаций на пораженные суставы мази или геля, содержащих НПВП. Дозы, способы введения (пероральное, парентеральное), длительность применения лекарственных препаратов определяет врач.

Высокая клинико-лабораторная активность воспалительного поражения суставов и недостаточная эффективность предшествующей комплексной терапии являются показаниями к использованию плазмафереза, гемосорбции или криоплазмасорбции.

Приоритетными для медсестры являются обучающая, профилактическая, организационная (контролирующая) деятельность, возможно участие (под контролем врача) в лечебно-диагностических мероприятиях. Медсестра информирует больного о причинах и принципах лечения ReA, необходимости длительного применения лекарственных препаратов (НПВП и базисных) для достижения терапевтического эффекта, а также об особенностях режима, физической активности и питания. Важные части ее деятельности – организация занятий лечебной физкультурой и физиотерапевтического лечения; контроль за выполнением пациентом назначений врача, касающихся медикаментозной терапии; выявление отрицательных (побочных) реакций лекарственных препаратов.

Медсестра оценивает общее состояние и динамику клинических проявлений у больного ReA, главным образом – со стороны опорно-двигательного аппарата (суставов), кожи и слизистых оболочек, и информирует об этом врача. Она обучает пациента и членов его семьи общегигиеническим мероприятиям, направленным на предупреждение желудочно-кишечных, мочеполовых инфекций, в том числе ВИЧ-инфекции, участвует

в организации им физической, психологической и социальной поддержки.

В период ремиссии заболевания используют санаторно-курортное лечение, которое в зависимости от особенностей воспалительного поражения суставов может включать в себя применение радоновых, сероводородных ванн и аппликации грязи.

Профилактика

Профилактика ReA тесно связана с предупреждением, ранней диагностикой и лечением мочеполовых, кишечных и носоглоточных инфекций. С этой точки зрения несомненна роль повышения санитарной грамотности населения, касающейся организации здорового образа жизни, в том числе правильного питания и соблюдения гигиены половых отношений. Предупреждению кишечных инфекций способствуют соблюдение правил приготовления и хранения мясной и молочной пищи, использование кипяченой воды и др., а мочеполовых инфекций – применение презервативов и исключение случайных половых контактов.

Ранняя диагностика и своевременная, адекватная и эффективная терапия (нередко – длительная) ReA, своевременное и полное излечение больных предупреждает переход заболевания в хро-

ническую форму. Этому способствуют повышение квалификации медицинских работников в области ревматологии, организация диспансеризации больных для профилактики обострения заболевания, оценки эффективности лечения и выявления отрицательных действий лекарственных средств.

Рекомендуемая литература

Артрит реактивный. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2006. – С. 169–174.

Лиля А.М. Реактивные артриты. Клиническая ревматология. Под ред. В.И. Мазурова. – СПб., 2001. – С. 138–152.

Лиля А.М., Мазуров В.И. Реактивные артриты. Учебное пособие. – СПб., 2000. – 55 с.

REACTIVE ARTHRITIS

M.V. Polyukova; Prof. V.N. Petrov, N.I. Soboleva, Cand. Med. Sci.

¹I.I. Mechnikov North-Western State Medical University;

²Academician I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

The paper gives principles in the diagnosis, prevention, and treatment of reactive arthritis and describes the components of nursing care for this disease.

Key words: reactive arthritis, diagnosis, prevention, treatment, nursing care.

ХРОНИКА

III Междисциплинарный медицинский конгресс «Эффективное здравоохранение – залог здоровья общества»



С 12 по 14 ноября 2014 г. в Перми прошли XX Международная выставка «Медицина и здоровье-2014» и III Междисциплинарный медицинский конгресс «Эффективное здравоохранение – залог здоровья общества». В рамках этих мероприятий работала секция «Сестринское дело». 12 ноября был проведен «круглый стол» по проблеме феномена эмоционального выгорания у медсестер. В связи с выраженной нехваткой медсестер тема «круглого стола» весьма актуальна. Было представлено 8 докладов, один интереснее другого. Выступали психологи, психиатры, управленцы. Темой доклада директора Пермского медицинского правозащитного центра канд. мед. наук Е.В. Козьминых стали «Юридические риски, возникающие при синдроме эмоционального выгорания»; докладчик остановилась на последствиях синдрома для пациентов и их родственников. Проректор по учебной работе Пермского института повышения квалификации ра-

ботников здравоохранения Е.Л. Макарова в докладе «Учим защищаться от профессионального выгорания. Роль послепломной подготовки» акцентировала возможность профилактики синдрома в период переподготовки медицинских работников и отметила положительные результаты такой работы. Был проведен также мастер-класс «Безопасность персонала и пациента в условиях современной медицинской организации».

Темой пленарного заседания стала «Роль сестринской службы в повышении качества оказания медицинской помощи населению Пермского края». Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава Пермского края О.В. Иванова в докладе «Состояние и развитие сестринского дела в Пермском крае. Задачи и перспективы развития сестринской службы» рассказала о проделанной работе и планах на будущее. Современному состоянию медсестринского образования в России и за рубежом был посвящен доклад Н.В. Туркиной – заведующей кафедрой реабилитологии и сестринского дела Санкт-Петербургского медицинского института «РЕАВИЗ». Большой интерес вызвали доклады «Опыт организации школ здоровья для пациентов и их родственников» (главная медсестра Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе Е.А. Лаврова) и «Опыт организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи в сестринском деле» (В.А. Шнейдер – главная медсестра Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Минздрава РФ, Калининград).

Н. В. Туркина, канд. мед. наук, Санкт-Петербург