

Антибиотикотерапия реактивного артрита, ассоциированного с носоглоточной инфекцией

По итогам научно-практической конференции, 16-17 сентября, г. Донецк



Ю.В. Марушко

Среди ревматических заболеваний одним из наиболее распространенных в педиатрической практике является реактивный артрит (РА). Он развивается как осложнение инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта или органов мочеполовой системы. Наиболее часто в основе развития РА лежит генетически детерминированная аномалия иммунной системы – наличие антигена гистосовместимости HLA-B27.

Возникновение воспалительного поражения суставов обусловлено чрезмерным иммунным ответом макроорганизма на микробные антигены, находящиеся вне полости сустава, с формированием иммунных комплексов, которые откладываются в синовиальной оболочке. Особое значение при выявлении РА имеет дифференциальная диагностика с острой ревматической лихорадкой. Сходство этих заболеваний затрудняет постановку диагноза и назначение необходимого лечения.

Особенностям клинической картины РА, обусловленного носоглоточной инфекцией, был посвящен доклад заведующего кафедрой педиатрии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктора медицинских наук, профессора Юрия Владимировича Марушко, который прозвучал на XII Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии» (16-17 сентября, г. Донецк).

— Под термином «реактивный артрит» подразумевают асептическое асимметричное воспаление суставов, которое развивается вследствие кишечных, респираторных, мочеполовых инфекций.

В структуре ревматических заболеваний частота РА составляет от 8 до 41%. Среди воспалительных заболеваний суставов в детском возрасте эта патология занимает лидирующее место, составляя 41-56% всех случаев заболеваний суставно-мышечного аппарата.

В основе патогенеза РА лежит чрезмерная выработка антител в ответ на инвазию микробного агента. Образовавшиеся иммунокомплексы антиген-антитело не утилизируются в связи с генетически обусловленной несостоятельностью макрофагальной системы и откладываются в синовиальной оболочке.

Воспалительный процесс может проявляться в виде моно-, олиго- или полиартритов с поражением крупных суставов, а также мелких суставов кисти. Наиболее часто поражаются

коленные, голеностопные, пяточные, плюснефаланговые, межплюсневые, межфаланговые, реже – крупные суставы рук.

Для РА характерны перенесенная урогенитальная, кишечная инфекция, наличие дизурических явлений за 1-3 нед до появления поражения суставов. К основным клиническим проявлениям относятся повышение температуры тела, ухудшение общего состояния, поражение суставов нижних конечностей, изменение кожных покровов над ними (отек и гиперемия).

Обследование пациента включает сбор анамнестических данных с акцентом на наличие заболеваний опорно-двигательного аппарата, обменных нарушений, данных эпидемиологического анамнеза, семейного анамнеза; лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови); проведение иммунологических исследований с целью выявления антител к антигенам в синовиальной жидкости и в сыворотке крови; микробиологическое исследование материала из очагов инфекции, кала, синовиальной жидкости, соскобов с гениталий; определение инфекций, передающихся половым путем, методом полимеразной цепной реакции.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо исключить такие патологии, как острая ревматическая лихорадка, инфекционный (септический) артрит, спондилоартропатии, серонегативный ювенильный ревматоидный артрит, метаболический артрит, синовит на фоне синдрома гипермобильности суставов и другие воспалительные заболевания суставов.

Результаты анализа, проведенного J. Barash и соавт. (2007), в ходе которого была обработана база данных педиатрического ревматологического регистра Израиля и обследовано 68 пациентов с диагнозом «острая ревматическая лихорадка» и 159 пациентов с диагнозом «постстрептококковый реактивный артрит», показали, что дифференцировать эти два

заболевания возможно с помощью оценки показателей СОЭ (скорости оседания эритроцитов), СРБ (С-реактивного белка), определения продолжительности артрита, наличия рецидивов после окончания противовоспалительной терапии. Немаловажное значение имеют данные эпидемиологического анамнеза.

Лечение РА предусматривает проведение этиотропной, патогенетической, местной терапии, а также реабилитационных мероприятий. Этиотропная терапия направлена на санацию очага инфекции. Для достижения этой цели назначаются антибактериальные препараты с учетом входных ворот инфекции, вида возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. Так, при урогенных артритах препаратами выбора могут быть кларитромицин и цiproфлоксацин, при энтерогенном поражении суставов – цiproфлоксацин; при назофарингеальной инфекции применяют полусинтетические пенициллины, цефалоспорины I и II поколения, макролиды.

Патогенетическая терапия при РА направлена на подавление активности воспалительного процесса. Первоначально пациентам назначают нестероидные противовоспалительные препараты (парентерально или перорально – в зависимости от состояния больного). При недостаточной эффективности этих средств применяют глюкокортикоиды (внутрисуставно или перорально). Местно используют мази с нестероидными противовоспалительными препаратами.

Следует помнить, что в педиатрической практике часто возникают ситуации, когда невозможно достоверно установить причину развития патологических изменений в суставах. В таких случаях назначается эмпирическая терапия, которая корректируется после завершения обследования и выявления очагов инфекции.

На базе нашей кафедры было проведено исследование с участием 30 детей в возрасте от 6 до 14 лет, у которых на фоне острой или хронической патологии носоглотки в стадии обострения (тонзиллита, фарингита, синусита стрепто-/стафилококковой этиологии) развился РА. У 9 детей заболевание суставов возникло после обострения тонзиллита, явлений фарингита, гайморита; у 21 пациента – после перенесенной острой респираторно-вирусной инфекции с развитием тонзиллита, гайморита.

Степень тяжести РА оценивалась по основным показателям: количеству

пораженных суставов, артралгии, наличию экссудативных проявлений; также учитывались данные лабораторных исследований.

В составе комплексной терапии использовался полусинтетический антибиотик из группы цефалоспоринов I поколения – Лексин (цефалексин, компания «Мегаком»), который назначался в возрастных дозировках в течение 10 дней. Препарат оказывает бактерицидное действие на большинство видов грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов и особенно эффективен при инфекциях, вызванных стафилококком. Цефалексин обладает высокой активностью в отношении большинства стрептококков, включая *S. pyogenes*, *S. viridans*, *S. pneumoniae*, и действует также на *E. coli*, *P. mirabilis*, *Klebsiella spp.*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

На фармацевтическом рынке Лексин представлен в нескольких лекарственных формах, таких как капсулы, суспензия со вкусом банана и ананаса (это в значительной мере способствует росту приверженности детей к лечению).

В ходе исследования была показана высокая эффективность препарата Лексин в терапии стрепто-/стафилококкового тонзиллита. Так, исчезли признаки интоксикации, местные признаки воспаления, уменьшался объем миндалин, регионарных лимфатических узлов. Основные клинические проявления суставного синдрома (боль в суставах, припухлость, нарушение функции) полностью исчезали на 14-е сутки.

Таким образом, РА составляет важную проблему педиатрии и детской ортопедии. Это заболевание необходимо дифференцировать с острой ревматической лихорадкой. В комплексном лечении для санации очагов инфекции, вызванной стрептококками и стафилококками, целесообразно использовать цефалоспорины I поколения, в частности Лексин. Он способствует ликвидации стрептококковой инфекции в носоглотке и проявлений РА. Эффективность и безопасность этого препарата позволяют рекомендовать его для широкого использования в педиатрической практике.

Подготовила Анастасия Лазаренко

