
Случай из практики

СЛУЧАЙ ПОЗДНО ДИАГНОСТИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА

Подгорнов Д.В., Никуленкова Н.Е., Бредун С.Л., Зайка Е.С.
ОГУЗ «Владимирская областная клиническая больница»

Болезнь Рейтера, несмотря на ее сравнительно невысокую частоту, остается одной из наиболее актуальных проблем в ревматологии, венерологии, терапии в связи со сложностями в диагностике и лечении. Учитывая многообразие клинических проявлений этого заболевания, среди которых в большинстве случаев преобладает суставной синдром, пациенты, как правило, обращаются к врачам терапевтического профиля, и проходят лечение с различными диагнозами, с назначением неадекватной, малоэффективной терапии.

Приводим описание случая болезни Рейтера, вызвавшего значительные затруднения в установлении диагноза. Больной Н., 22 года, поступил в ревматологическое отделение ОКБ 17.04.07 г. по экстренным показаниям, с жалобами на отек и сильные, постоянные боли во всех суставах, позвоночнике, на невозможность выполнения активных движений, наличие высыпаний на волосистой части головы, ладонях и подошвах, головке полового члена, дискомфорт в уретре, изменение ногтей, общую слабость, озноб. Считает себя больным с конца апреля 2006 г., когда после перенесенного бактериального уретрита появились боли в коленных суставах, левом ахилловом, левом локтевом суставах. Был пролечен в терапевтическом отделении МСЧ УВД с диагнозом: «Реактивный артрит А-II, острое течение, ФНС I-II».

В мае 2006 г. появились высыпания на волосистой части головы, боли усилились, появилась «сосискообразная» деформация 2-4 пальцев правой стопы, присоединились явления конъюнктивита. Консультирован ревматологом. Данное состояние было расценено как «Псориатический артрит, мутилирующий, А III, подострое течение с системными проявлениями (нефрит) ФНС I-II». Пациент направлен в ГКГ МВД, где ему поставлен диагноз: «Острый реактивный

урогенный артрит с поражением суставов нижних конечностей А III, ФН I, себорейный дерматит, тотальный онихомикоз». Больной был комиссован.

При поступлении в ОКБ: общее состояние больного крайней степени тяжести, движения во всех суставах резко ограничены из-за выраженного болевого синдрома, температура тела 38°C. Кожный статус: патологический кожный процесс носит распространенный симметричный характер, тип воспаления подострый. Процесс локализуется в области кистей, ладоней, подошвах, на границе с волосистой частью головы, на волосистой части головы в области темени и затылка. На волосистой части головы процесс представлен псориазиформными бляшками со значительной инфильтрацией и экссудацией, бляшки покрыты массивными чешуйко-корками; на границе с волосистой частью головы псориазиформные высыпания, напоминающие симптом «псориатической короны». В области ладоней и подошв процесс представлен розовыми и красными папулами и бляшками, покрытыми мягкими чешуйко-корками, некоторые имеют конусовидный вид и выходят на тыл ладони и на подошву. В области дистальных фаланг также имеются данные эффоресценции (конусовидные роговые папулы, явления кератодермии) с появлением пиодермических очагов (мелкими пустулами), с переходом на ногтевые валики и явлениями паронихий. Поражение ногтевых пластинок носит универсальный характер, часть из них грязно-желтого цвета с явлениями подногтевого гиперкератоза, виден частичный и полный лизис ногтевых пластинок. Губки уретры эритематозны, отечны, из уретры обильное отделяемое серо-желтого цвета с характерным запахом, органы мошонки при пальпации интактны. Слизистая оболочка головки полового члена несколько отечна, эритематозна, видны

Podgornov D.V., Nikulenкова N.E., Bredun S.L., Zaika E.S.

REITER DISEASE: A CASE OF LATE DIAGNOSIS

ярко-красные поверхностные эрозии, некоторые из которых имеют тенденцию к слиянию, границы эрозий фестончатого характера, четкие. Проба Томпсона: 1-я и 2-я порции мочи — муть, слизь, нити гноя, хлопья. Пальпаторное исследование предстательной железы не проведено ввиду симптома провокации. У пациента выраженный суставной синдром, имеет место полиартрит, «сосискообразная» деформация мелких суставов стоп. Конъюнктивы обоих глаз инъецированы, серозно-гнойные корочки в уголках глаз. При обследовании ПЦР соскоба из уретры обнаружена *Ureaplasma parvum*. Посев отделяемого из уретры: обильный рост *Micrococcus*, *Corynebacterium*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus haemolyticus*, чувствительных в основном к фторхинолонам. УЗИ простаты: выраженные диффузные изменения предстательной железы. ИФА на ВИЧ — отрицательный результат; МР, РПГА на сифилис — отрицательный результат. ПЦР (качественный вариант) на вирус Эпштейна — Барра, вирус простого герпеса 1, 2 типов, цитомегаловирус — отрицательный результат от 26.04.07. Иммунограмма: лейкоциты — $18,6 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы — 7%, лимфоциты — 16%, С3 абс. — 2,040; CD4/CD8 — 1,21; CD16 абс. — 0,446; CD4 абс. — 1,085; CD8 — 0,897; CD20 — 0,624 от 20.04.07; ОАК от 23.04.07: гемоглобин — 88 г/л, эритроц. — 3,0 Т/л, лейкоц. — $13,6 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ — 60 мм/ч. В общем анализе мочи от 23.04.07: лейкоциты — 8-10 в поле зрения, белок — 0,099 г/л. Типирование на HLA: выделены HLA Bw6, HLA Cw1. Учитывая данные анамнеза, параклинических обследований, клинической картины (характерная тетрада), сфор-

мулирован следующий диагноз: болезнь Рейтера, хроническая форма, аутоиммунная стадия (хронический уреоплазменный уретрит, паренхиматозный простатит).

Проведено комплексное лечение (с учетом поражения мочеполовой сферы) с применением: гемодеза, реамберина, тиосульфата натрия, лидазы, таваника, сумамеда, преднизолон, метотрексата, нестероидных противовоспалительных средств, простакора, физиолечения — позволило значительно улучшить состояние больного. Больной направлен на медико-социальную экспертизу. Дальнейшее наблюдение за пациентом было продолжено, состояние его остается достаточно тяжелым, возник рецидив. На наш взгляд, лечение пациента будет целесообразно в Институте ревматологии РАМН, ЦКВИ РАМН, возможно, с применением антицитокинной терапии.

Учитывая многообразие клинических проявлений данного заболевания, среди которых в большинстве случаев преобладает суставной синдром, больные, как правило, обращаются к специалистам терапевтического профиля и проходят лечение с различными диагнозами, без учета поражения урогенитального тракта (больному врачом-терапевтом поставлен диагноз себорейного дерматита, онихомикоза и назначена массивная противогрибковая терапия, что крайне отрицательно повлияло на течение заболевания). Хотим обратить на данную проблему особое внимание участковых терапевтов, семейных врачей, врачей общей практики, ревматологов, венерологов.

Поступила 28.09.2007 г.