

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. академика 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. ReA – достаточно распространенное заболевание, которое диагностируется преимущественно у лиц 20–40 лет, причем значительно чаще у мужчин.

Пусковым механизмом развития воспалительных поражений суставов являются различные инфекционные агенты; они 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 его развитии играют генетические факторы (носительство антигена HLA-B27).

В зависимости от причин возникновения (этиологии) выделяют ReA ассоциированные и не ассоциированные с HLA-B27-антигеном. К первым относят наиболее частые и клинически значимые энтероколитические (шигеллезные, сальмонеллезные, иерсиниозные, кампилобактерные и др.), урогенитальные (хламидийные, уреаплазменные,

микоплазменные и др.) ReA, ко вторым – не ассоциированные с HLA-B27, 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. Должны интересовать 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, возможное самоизлечение, причины последнего обострения ReA.

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

Чаще поражаются суставы нижних конечностей (коленные, голеностопные, пальцев стоп), реже – верхних (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 4–5.

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

Классическими признаками ReA являются боль, припухлость сустава, повышение температуры кожи и ее гиперемия над пораженным сус-

тавом, 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» изменением 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.

Медсестра при осмотре пациента может выявить 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. Основными проявлениями заболевания являются 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 длительностью не менее 6 мес). Его активность оценивают на основании выраженности болевого синдрома и лабораторных исследований.

Медсестра по данным расспроса больного и объективного исследования может заподозрить или диагностировать заболевание суставов воспалительного происхождения. Она выявляет основные проблемы пациента, намечает план сестринского ухода, информирует 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.

Клинический и биохимический анализы крови свидетельствуют об активности воспалительного процесса при ReA. В клиническом анализе крови – лейкоцитоз, гипохромная или нормохромная анемия, повышение СОЭ. При биохимическом исследовании выявляют С-реактивный белок, повышение концентрации 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-микробактериальных или антител к ним. В сыворотке крови больных отсутствует ревматоидный фактор (антииммуноглобулиновые антитела).

По показаниям исследуют синовиальную жидкость, в которой определяют признаки воспалительного процесса: лейкоцитоз и низкую вязкость. 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 и протекает наиболее тяжело у больных с синдромом Рейтера и ВИЧ-инфицированных.

Сестринский уход при ReA существенно не отличается от такового при других воспалительных заболеваний суставов.

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 предусматривает немедикаментозное и медикаментозное лечение, направленное на устранение или уменьшение выраженности клинической симптоматики поражения суставов, кишечных, мочеполовых, носоглоточных инфекций, достижение ремиссии и сохранение 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 энтероколитическом варианте заболевания не доказана;
- использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), обладающих наряду с противовоспалительными еще и 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 (антигена к фактору некроза опухоли- α). Повышает эффективность и улучшает переносимость антибактериальной и противовоспалительной терапии (НПВП и базисные средства) применение вобензима – средства системной энзимотерапии.

Существенная роль в комплексном лечении ReA отводится локальной (местной) терапии (преимущественно при моно- и олигоартритах), осуществляемой путем внутрисуставного введения 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 для использования плазмафереза, гемосорбции или криоплазмасорбции.

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

Профилактика ReA тесно связана с предупреждением, ранней диагностикой и лечением мочеполовых, кишечных и носоглоточных инфекций. В этом плане несомненна роль повышения санитарной грамотности населения, касающейся организации здорового образа жизни, в том числе правильного питания и соблюдения гигиены половых отношений.

Рекомендуемая литература

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

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

Лила 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.

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg; Academician 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.

ИНФОРМАЦИЯ

Дефицит медицинских работников*

Российское здравоохранение испытывает серьезный дефицит кадров, особенно – медработников среднего звена. Справиться с нехваткой медсестер власти рассчитывают, освободив их от бумажной работы. Закрыть врачебные вакансии планируется за счет целевого приема в вузы, а также совершенствования системы оплаты труда.

Минздрав утвердил 83 региональные программы по сокращению дефицита медицинских кадров. Как сообщила на посвященном этой проблеме заседании правительства министр здравоохранения Вероника Скворцова, отрасли не хватает 40 тыс. врачей и 270 тыс. медсестер. Расчетная потребность во врачебных и средних медицинских кадрах в целом по стране составляет 45,2 и 117,5 на 10 тыс. населения соответственно, но сильно варьирует по регионам. Всего в России работают 743 тыс. врачей и 1,419 млн. медработников среднего звена. Больше всего не хватает анестезиологов, реаниматологов, наркологов, фтизиатров, педиатров и неонатологов. Премьер-министр Дмитрий Медведев, в свою очередь, добавил, что сейчас на одного врача приходится 2 медсестры и необходимо довести это число хотя бы до 3. Он напомнил, что «в большинстве стран с современной системой здравоохранения это соотношение – 1:5» и многие виды работ выполняются в отличие от России не врачами, а медсестрами.

Между тем если в последние 10 лет дефицит врачей несколько снизился, то нехватка среднего медперсонала, наоборот, увеличивается. «Проблема заключается не в том, что мы готовим мало специалистов, – заявила Скворцова. – Ежегодно 442 колледжа и 26 вузов выпускают 59 тыс. средних медработников, но уходит из отрасли около 90 тыс. медсестер, при этом только 15 тыс. из них – из-за пенсионного возраста».

Бороться с проблемой власти обещают «комплексно». Во-первых, будет продолжено «поэтапное совершенствование системы оплаты труда». По данным Скворцовой, на конец 2012 года заработная плата врачей оценивалась как 123% к средней по стране, медсестер – около 75% (с вариациями по регионам). В планах Минздрава – довести к 2018 году эти цифры до 100%

и 200% соответственно. В нынешнем году будет продолжено «поэтапное совершенствование системы оплаты труда с переходом на эффективный контракт и с увязкой зарплаты врача с его квалификацией и качеством работы». Для того чтобы такая увязка была понятна для всех, и прежде всего для самих врачей, Минздрав разрабатывает 31 профессиональный стандарт.

Во-вторых, будет усовершенствована система подготовки кадров, в частности, речь идет о дополнительном профобразовании медиков, а также о целевом приеме в вузы. «Для обеспечения специалистами удаленных районов страны внедрена на себя обязательства по социальной и материальной помощи студенту и молодому специалисту, а он обязан отработать 2–3 года на подготовленном для него рабочем месте. Проведенные в 29 регионах пилотные проекты доказали эффективность этого подхода», – рассказала Скворцова.

Кроме того, большие надежды возлагаются на будущую глобальную информационную систему. «Нигде в мире медсестры не сидят, просто переписывая бумаги, на амбулаторном приеме рядом с врачом, – заявила Скворцова. – Они должны быть, соответственно, операционными сестрами, патронажными и т.д. Особенно с учетом того, что сейчас взят тренд на развитие реабилитации, паллиативной помощи – там, где это в основном должно быть в руках медсестер».

Независимые эксперты, поддерживая в целом предлагаемые властями меры, сомневаются в достоверности используемой статистики. Оценивая нехватку медиков, следует учитывать, что большинство из них реально работает на 1,5–2 ставки, отмечает президент Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе, член Национальной медицинской палаты А. Старченко. По его мнению, говорить надо именно о нехватке людей, а не о свободных ставках. Сейчас же «закрытые» ставки в статистику не попадают. «Если одно физическое лицо работает на 2 ставки, надо честно признавать 50-процентный дефицит врачей. Потому что качественно работать на 2–3 ставки невозможно», – считает эксперт.

* По материалам газеты «Равное право на жизнь».