Реактивный артрит

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M02.8, M02.9 · Ассоциация детских ревматологов

Реактивный артрит — спондилоартропатия после внесуставной кишечной или урогенитальной инфекции, часто связанная с HLA-B27. Рекомендация описывает диагностику, дифференциальный поиск, лечение и наблюдение детей с подозрением или подтвержденным РеА.

Главное

- Типичный контекст: артрит появляется через 1–4 недели после инфекции; чаще поражаются коленные и голеностопные суставы, возможны энтезит, теносиновит, бурсит, конъюнктивит, уретрит и увеит.
- Достоверный РеА: оба основных критерия — артрит с 2 из 3 признаков (асимметрия, моно-/олигоартрит, нижние конечности) и предшествующий энтерит или уретрит за 3 дня–6 недель до артрита — плюс лабораторное подтверждение инфекции.
- Среди вероятных и возможных возбудителей указаны Salmonella, Shigella, Yersinia, Chlamydia trachomatis, C. pneumoniae, SARS-CoV-2 и др.
- До назначения ГК и иммунодепрессантов нужно завершить лабораторно-инструментальное обследование и исключить онкологические, онкогематологические и инфекционные заболевания. УДД 5, УУР С.
- При установленном РеА назначают НПВП: диклофенак, нимесулид, мелоксикам или ибупрофен по инструкции. УДД 4, УУР С.
- Если суставной синдром сохраняется или увеит не входит в ремиссию на фоне терапии, диагноз меняют на юношеский артрит и лечат по соответствующим рекомендациям.
- Суставной синдром более 6 месяцев расценивается как хроническая форма артрита; неблагоприятные факторы — мужской пол, дебют до 16 лет, HLA-B27, дактилит, олигоартрит, сакроилеит.

Диагностика

1. Уточнить в анамнезе ОРИ, урогенитальную и кишечную инфекцию, конъюнктивит, полученные антибиотики и ГК. УДД 5, УУР С.
2. Осмотреть суставы и оценить объем движений: искать поражение коленных и голеностопных суставов и суставов стоп, экссудативные проявления, теносиновит, бурсит, боль в спине и крестцово-подвздошных сочленениях. УДД 5, УУР С.
3. Всем пациентам с подозрением на РеА нужен первичный осмотр офтальмолога для выявления или исключения увеита. УДД 4, УУР С.
4. Базовые анализы перед терапией: ОАК с лейкоформулой, тромбоцитами и СОЭ; биохимия крови с печеночными и почечными показателями; С-реактивный белок; АСЛО; общий анализ мочи. УДД 5, УУР С.
5. Для поиска инфекционного триггера рекомендованы исследования на хламидии, Mycoplasma pneumoniae, Salmonella, Yersinia и Shigella; также применяются ПЦР и серологические исследования герпес-вирусов, посев из зева и тесты на туберкулез. HLA-B27 определяют всем пациентам. УДД 4–5, УУР С.
6. Инструментально всем проводят УЗИ суставов, УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭхоКГ; при поражении суставов — рентгенографию или КТ сустава, при стойком или нетипичном суставном синдроме — МРТ с контрастированием. УДД 4–5, УУР С.
7. При моноартрите до противоревматической терапии исключают энтезит-ассоциированный и псориатический артрит, септический артрит, онкологические заболевания, лейкоз, нейробластому, гемофилию, травму, туберкулез, болезнь Лайма и другие имитаторы. УДД 5, УУР С.

Лечение

- Патогенетическую терапию назначают после проведения диагностики, в том числе дифференциальной диагностики, и установления или подтверждения диагноза РеА. УДД 5, УУР С.
- НПВП назначают для купирования боли, воспаления и лихорадки: диклофенак, нимесулид, мелоксикам или ибупрофен по инструкции; ибупрофен принимают с интервалами 6–8 часов. УДД 5, УУР С.

- Антибактериальная терапия системного действия подбирается по выявленному провоцирующему фактору; при РеА, вызванном C. trachomatis, лечат не только ребенка, но и родителей. УДД 5, УУР С.
- При активном моно- или олигоартрите с выраженным выпотом и болью детям старше 3 лет вводят бетаметазон внутрисуставно не чаще 1 раза в 4 месяца. УДД 5, УУР С.
- Если сочетание НПВП, системных антибиотиков и внутрисуставного ГК неэффективно, назначают сульфасалазин 2000 мг/сут на 3–6 месяцев. УДД 5, УУР С.
- При увеите лечение назначает офтальмолог: при остром течении — форсаж дексаметазоном в сочетании с НПВП-каплями диклофенака; при подостром и вялотекущем — инстилляции дексаметазона плюс НПВП-капли. УДД 5, УУР С.
- Если увеит не вошел в ремиссию за 3 месяца местной терапии или изначально течет тяжело, назначают метотрексат 10–15 мг/м²/нед перорально или подкожно 1 раз в неделю; подкожный путь предпочтителен. УДД 5, УУР С.
- На фоне метотрексата дают фолиевую кислоту 1 мг внутрь ежедневно, кроме дня введения метотрексата. УДД 5, УУР С.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с подозрением на РеА можно обследовать и проводить дифференциальную диагностику в ревматологическом стационаре, дневном стационаре или амбулаторно. УДД 5, УУР С.
- Выписка при подозрении на РеА возможна после завершения обследования, постановки диагноза, назначения НПВП или иммуносупрессивной терапии, отсутствия непереносимости и стабилизации состояния.
- При активном установленном РеА обследование и коррекция неэффективной терапии проводятся в ревматологическом стационаре, дневном стационаре или амбулаторно; выписка — после завершения обследования, коррекции лечения и отсутствия побочных эффектов.
- В ремиссии контроль эффективности и безопасности терапии проводят через 3 месяца после назначения, через 6 месяцев, затем каждые 6 месяцев.
- Пациентам с РеА и функциональной недостаточностью из-за суставного синдрома показана медицинская реабилитация; физиотерапию проводят при неактивной болезни или ремиссии. УДД 5, УУР С.

Частые вопросы

Через сколько после инфекции развивается реактивный артрит?

Обычно артрит появляется через 1–4 недели после перенесенной инфекции.

Какие суставы чаще поражаются при РеА у детей?

Чаще вовлекаются коленные и голеностопные суставы; реже — суставы стоп. Обычно это асимметричный моно- или олигоартрит нижних конечностей.

Можно ли ставить диагноз РеА без подтверждения инфекции?

Достоверный диагноз требует обоих основных критериев и дополнительного критерия, подтверждающего инфекцию. Если подтверждения инфекции нет, но есть оба основных критерия, диагноз расценивают как вероятный РеА.

Что назначают первым при суставном синдроме?

При установленном РеА назначают НПВП: диклофенак, нимесулид, мелоксикам или ибупрофен по инструкции. При выявленном провоцирующем факторе проводят системную антибактериальную терапию.

Когда меняют диагноз на юношеский артрит?

Если суставной синдром сохраняется и/или отсутствует ремиссия увеита на фоне терапии, диагноз меняют на юношеский артрит.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/942-reaktivnyj-artrit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/942_1