



Случай постэнтероколитического реактивного артрита (синдрома Рейтера)

Молочков А.В.¹ • Молочков В.А.¹ • Петрова М.С.¹ • Белоусова Е.А.¹ • Мылов Н.М.¹ • Селиверстова Т.Р.¹ • Секирин А.Б.¹

Молочков Антон Владимирович – д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по науке и международным связям¹

Молочков Владимир Алексеевич – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки, руководитель отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии¹

Петрова Марина Сергеевна – науч. сотр. отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии¹

✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–2, Российская Федерация.
Тел.: +7 (499) 408 10 51.
E-mail: marina.s.petrova@gmail.com

Белоусова Елена Александровна – д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения гастроэнтерологии¹

Мылов Николай Маммаевич – канд. мед. наук, доцент кафедры терапии факультета усовершенствования врачей¹

Селиверстова Татьяна Рудольфовна – канд. мед. наук, заведующая отделением гастроэнтерологии¹

Секирин Алексей Борисович – канд. мед. наук, руководитель отделения физиотерапии и реабилитации¹

Реактивный артрит – аутоиммунное заболевание из группы серонегативных артритов, известных как спондилоартропатии. Термин используется для обозначения двух типов заболевания: постэнтерического (синдром Рейтера) и венерического (урогенитального) (болезнь Рейтера). При обоих типах вне зависимости от инфицирующего фактора заболевание может ассоциироваться с различными симптомами, включая поражение кожи, слизистых оболочек, сердца, однако постэнтерический тип реактивного артрита сопровождается еще и поражением кишечника, а венерический (главным образом хламидийный) – мочеполовых органов. Вследствие многообразия клинической картины реактивного артрита пациенты часто лечатся симптоматически, лишь купируя на время различные проявления заболевания. Приведен клинический

пример диагностики данного сложного заболевания. Комплексный подход к оценке состояния пациентки позволил установить четкий диагноз и провести дифференциальную диагностику с другими схожими заболеваниями, в том числе уrogenитальным реактивным артритом. Статья может быть интересна для практических врачей разных специальностей, в первую очередь дерматовенерологов, ревматологов, гастроэнтерологов, терапевтов, реабилитологов.

Ключевые слова: реактивный артрит, уrogenитальный реактивный артрит, реактивный артрит постэнтероколитического генеза, болезнь Рейтера, синдром Рейтера, серонегативный реактивный артрит экстраартикулярного генеза, псориазiformная сыпь, кератодермия

doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-1-45-51

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

Реактивный артрит – аутоиммунное заболевание, которое относится к группе серонегативных артритов, известных как спондилоартропатии [1]. Он характеризуется стерильным синовитом, возникающим вследствие бактериальной инфекции, поражающей главным образом пищеварительную и мочеполовую системы [2]. Сегодня этот

термин употребляют для обозначения двух типов заболевания: постэнтерического (синдром Рейтера) и венерического (болезнь Рейтера). При обоих типах вне зависимости от инфицирующего фактора реактивный артрит может ассоциироваться с различными симптомами, включая поражение кожи, слизистых оболочек, сердца, однако постэнтерический тип заболевания

сопровождается еще и поражением кишечника, а венерический (в основном хламидийный) – мочеполовых органов [3].

Частота реактивного артрита зависит от генетических особенностей популяционного состава населения, окружающей среды, стиля жизни и санитарно-гигиенических условий в разных странах и других внешних факторов [4]. Так, в США этот показатель оценивается в 3,5–5 случаев на 100 тыс. населения [5, 6], в Европе – 0,9–9,3 на 100 тыс. населения [7, 8]. При этом частота постэнтерического реактивного артрита в США сопряжена с *Campylobacter* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Yersinia* spp., а в Европе наиболее часто – с *Yersinia enterocolitica* [4]. Что касается венерического типа заболевания, связанного преимущественно с *Chlamydia trachomatis*, он развивается у 1–3% больных хламидийным уретритом [9]. В Норвегии частота обоих типов реактивного артрита примерно одинакова: 5 случаев постэнтероколитического и 4,6 постхламидийного на 100 тыс. населения (по данным за 1988–1990 гг.) [10].

В целом венерический реактивный артрит поражает, как правило, молодых мужчин с пиком начала болезни в третьем десятилетии жизни. При этом соотношение мужчин и женщин варьирует от 5:1 до 10:1 [4]. Постэнтероколитический тип встречается у представителей обоего пола с одинаковой частотой [4].

Механизм развития реактивного артрита остается неясным. Тем не менее считается, что важная роль аутоиммунных нарушений в его патогенезе (предполагается, что они едины при обоих типах реактивного артрита) обусловлена перекрестным реагированием между грамотрицательными микроорганизмами (к которым принадлежат хламидии и все возбудители постэнтероколитического реактивного артрита) и антигенами системы HLA-B27 (выявляются у 80% больных) [11]. О значимости аутоиммунных изменений при хламидийном реактивном артрите свидетельствуют наличие отложений иммунных комплексов в коже на II стадии заболевания и эффективность применения метода адоптивной иммунотерапии – экстракорпоральной фотохимиотерапии [12].

Клиническое наблюдение

Пациентка Б. 36 лет поступила с подозрением на пустулезный псориаз в отделение дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в апреле 2015 г. Предъявляла жалобы на наличие высыпаний в области туловища,

конечностей, половых органов, промежности; боль, отек и красноту I пальца правой кисти, боль в пояснице, общую слабость, повышение температуры тела в вечернее время до 37,1–37,3 °С.

Больна с июня 2014 г., когда через месяц после эпизода жидкого стула появились псориазиформные высыпания на коже волосистой части головы, лба, позже распространившиеся на половые органы и промежность. В сентябре 2014 г. пациентка отметила возникновение красноты и мелких эрозий на слизистой вульвы, отдельных мелких эрозий на языке (вскоре самостоятельно разрешились). В ноябре – появление красных шелушащихся пятен на тыле кистей, туловище; изменение ногтевой пластинки IV пальца левой стопы; увеличение отека I пальца правой кисти, за счет чего палец приобрел форму «сосиски». В декабре началось воспаление околоногтевого валика I пальца правой стопы. В последние 3 месяца отмечала ознобы, температура тела по вечерам повышалась до 37,1–37,3 °С.

За этот период больная неоднократно обращалась к дерматологам целого ряда частных медицинских центров. По поводу «герпеса половых органов», «розацеа», «красного плоского лишая», «экссудативного псориаза», «псориазиформной экземы» она получала курсы лечения валацикловиrom, антигистаминными препаратами, изотретиноином, аппликациями кортикостероидных мазей. Эффект от лечения был кратковременным или отсутствовал.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 °С. Пульс 85 ударов в минуту. Артериальное давление 115/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, болезненные, цикл 28–30 дней, беременностей – «0», аборт – «0», роды – «0». Невропсихический статус: невротизирована из-за высыпаний на коже, эмоционально лабильна.

Кожный процесс при поступлении распространенный, подостровоспалительный, симметричный. Представлен красными папулами и бляшками от 2 мм до 3 см в диаметре, округлой формы, с плотносидящими белесовато-желтоватыми чешуе-корками, в том числе слоистыми (рупеоидными), которые располагаются в области туловища, конечностей, промежности, волосистой части головы, лба, ушных раковин, половых органов. В области локтей – инфильтрированные красные бляшки неправильной формы с четкими границами с массивным наслоением серо-коричневых чешуе-корок. На слизистой оболочке твердого неба – поверхностная эрозия неправильной формы диаметром 3 мм. На слизистой оболочке половых губ – участки гиперемии с мелкими поверхностными эрозиями неправильной формы. В заднем своде влагалища – умеренное количество мутного бело-желтоватого



Рис. 1. «Сосисковидная» деформация I пальца правой кисти



Рис. 2. Воспаление околоногтевого валика



Рис. 3. Псориазиформные высыпания на коже лба



Рис. 4. Псориазиформные высыпания на коже виска, ушной раковины, заушной области



Рис. 5. Псориазиформные высыпания (бляшки) на коже туловища



Рис. 6. Кератодермия на коже правого локтя



Рис. 7. Рупеоидная бляшка

отделяемого. Околоногтевой валик I пальца левой стопы гиперемирован, отечен. IV ногтевая пластинка левой стопы деформирована, утолщена, сероватого цвета. Имеются «сосисковидная» деформация и отек I пальца правой кисти (рис. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Проведено комплексное обследование.

При лабораторном обследовании: серореакции на сифилис, вирус иммунодефицита человека, гепатиты (В, С) – отрицательные. Общий анализ крови: гемоглобин (HGB) 132 г/л, эритроциты (RBC) 3,93 Ед/л, гематокрит (HCT) 0,38 л/л, средний объем эритроцитов (MCV) 98 фл, среднее содержание гемоглобина (MCH) 34 пг, средняя концентрация гемоглобина

**Таблица 1.** Субпопуляции лимфоцитов крови

Показатель	Референсные значения	Пациент	Примечание
CD3 ⁺ (Т-лимфоциты), %	60–75	50,5	↓
CD4 ⁺ CD3 ⁺ (Т-хелперы/индукторы), %	35–46	32,7	↓
CD8 ⁺ (Т-супрессоры/цитотоксические), %	25–35	21,6	↓
CD8 ⁺ CD3 ⁺ (Т-цитотоксические), %	20–30	16,9	↓
CD20 ⁺ (В-лимфоциты), %	5–15	5,1	
HLA-DR ⁺ (В-лимфоциты, активированные Т-лимфоциты), %	7–15	12,2	
CD38 ⁺ (активированные лимфоциты), %	24–40	67,4	↑
CD25 ⁺ (α-цепь рецептора интерлейкина-2), %	0–5	14,1	↑
CD16 ⁺ (NK-клетки), %	10–20	11,7	
CD11b ⁺ (C3bi рецептор C3 компонента комплемента), %	10–35	28,4	
CD50 ⁺ (молекула адгезии), %	85–100	88,3	
CD45RA ⁺ (В-лимфоциты, Т-лимфоциты, NK-клетки), %	45–65	76,1	↑
CD5 ⁺ (Т-лимфоциты), %	60–80	61,3	
CD7 ⁺ (Т-лимфоциты, NK-клетки), %	60–80	76,5	
CD71 ⁺ (рецептор трансферрина), %	0–5	3,9	
CD95 ⁺ (FAS/APO-1 антиген, опосредующий апоптоз), %	23–60	57,5	
CD4 ⁺ /CD8 ⁺ (иммунорегуляторный индекс)	1,2–2,4	1,5	

↓ – показатель понижен, ↑ – показатель повышен

в эритроците (MCHC) 345 г/л, тромбоциты 164×10^9 /л, тромбоцитрит $0,15 \times 10^{-2}$ л/л, лейкоциты (WBC) $8,5 \times 10^9$ /л, относительное содержание лимфоцитов (прибор) 21,8%, абсолютное содержание лимфоцитов (прибор) $1,8 \times 10^9$ /л, относительное содержание гранулоцитов (прибор) 72,4%, абсолютное содержание гранулоцитов (прибор) $6,3 \times 10^9$ /л, относительное содержание моноцитов (прибор) 5,8%, скорость оседания эритроцитов – до 80 мм/ч. Кровь на реакцию Ваалера – Роуза отрицательная, антистрептолизин-О в 1 мл (N200) 800 АЕ, положительная реакция на С-реактивный

белок (12 мг/л). Данные иммунограммы представлены в табл. 1 и 2. При иммунофенотипировании выявлен антиген HLA-B27. При обследовании на хламидии методом иммуноферментного анализа антитела к белкам теплового шока 60 (HSP60) не выявлены. В материале из влагалища методом полимеразной цепной реакции выявлены *Gardnerella vaginalis*. В реакции пассивной гемагглютинации в крови обнаружены антитела к *Shigella flexneri* I–V, VI и Anti-*Shigella sonnei* в титре 1:200, Flexner VI (при условно-диагностическом титре 1:100).

Таблица 2. Показатели гуморального иммунитета

Показатель, МЕ/мл	Референсные значения	Пациент
Имуноглобулин G	140–150	125
Имуноглобулин A	110–120	145
Имуноглобулин M	150–160	800



При гистологическом исследовании биоптата пораженной кожи: эпидермис с паракератозом, скоплениями нейтрофилов в роговом и верхних отделах шиповатого слоя, акантозом, спонгиозом. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. Заключение: гистологические изменения могут наблюдаться при синдроме Рейтера и псориазе.

В реакции прямой иммунофлюоресценции биоптата видимо здоровой кожи выявлены диффузные отложения IgG в сетчатом и сосочковом слоях, степень 3+ (рис. 8).

На электрокардиограмме: миграция водителя ритма околосинусового узла с частотой сердечных сокращений 80–98 ударов в минуту.

Консультирована гастроэнтерологом: постинфекционный колит (*Shigella flexneri*), реактивный артрит. Рекомендовано: колоноскопия; анализ кала на дисбактериоз; Энтерол 2 капсулы 3 раза в день, 3 недели, РиоФлора Иммуно Нео 1 таблетка в день, 1 месяц; повторная консультация гастроэнтеролога.

Колоноскопия (по назначению гастроэнтеролога для исключения болезни Крона, аппарат введен в купол слепой кишки) показала: баугиниева заслонка в виде розетки, ориентирована в купол слепой кишки. В слепой, восходящей и поперечноободочной кишке кашицеобразное и оформленное содержимое, видимая слизистая – розовая, сосудистый рисунок не изменен, складки сохранены. В нижних отделах до ануса складки и тонус сохранены. Слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен. Заключение: патологии толстой кишки не выявлено.

На рентгенограммах костей таза с захватом обоих тазобедренных суставов подвздошно-крестцовые сочленения справа резко сужены, местами не прослеживаются, сочленовые поверхности склерозированы. Щели тазобедренных суставов равномерные, не суженные. Заключение: рентгенологическая картина асимметричного (преимущественно правостороннего) сакроилеита (рис. 9).

Анализ функционального состояния локомоторной системы для определения статодинамических нарушений локомоторной системы с использованием метода стабилотрии и электроннойромиографии выявил асимметрию нагрузок на стопы с перераспределением нагрузки в сторону менее поврежденного крестцово-подвздошного сочленения.

Консультация ревматолога. Диагноз: реактивный серонегативный артрит экстраартикулярного (энтероколитического) генеза (олигоартрит с поражением отдельных суставов кистей, двухсторонний асимметричный сакроилеит (с асимметрией выраженности изменений: справа III стадии, слева I стадии), дактилит I пальца правой кисти), активность – 1–2-я степень.

Рекомендация: прием нимесулида по 100 мг 2 раза в день (после еды).

Консультация офтальмолога (для исключения заднего увеита, конъюнктивита, осмотра глазного дна). Диагноз: миопия средней степени обоих глаз.

Консультирована невропатологом. Заключение: дорсопатия нижнегрудного и поясничного отделов на фоне дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника. Миофасциальный синдром. Умеренно выраженный болевой синдром. Рекомендовано: магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника; консультация ревматолога; лечение основного заболевания; наблюдение невропатолога по месту жительства; прегабалин (по схеме: 1-ю неделю 75 мг на ночь; 2-ю неделю утром/вечером по 75 мг 2 раза; с 3-й по 12–16-ю недели увеличение дозы на 75 мг каждую неделю; через 6 месяцев отмена в обратном порядке (снижение дозы на 75 мг каждую неделю)); комплекс витаминов В (Мильгамма) по 2 мл 7–10 дней; пентоксифиллин 5 мл внутривенно капельно; консультация нейрохирурга по месту жительства.

Проведена магнитно-резонансная томография позвоночника и спинного мозга. На сериях изображений поясничного отдела, полученных в ходе магнитно-резонансной миелографии позвоночника, в телах позвонков и межпозвонковых дисков выявляются умеренно выраженные проявления остеохондроза позвоночника, более выраженные на уровне L5–S1, – формирование задней полуциркулярной протрузии диска, размером до 4 мм, приводящей к незначительному сужению корешковых отверстий.

На основании данных клинико-лабораторного и физикального обследований выставлен клинический диагноз: реактивный серонегативный артрит экстраартикулярного (энтероколитического) генеза (олигоартрит с поражением отдельных суставов кистей, двухсторонний асимметричный сакроилеит (с асимметрией выраженности изменений: справа – III стадии, слева – I стадии), дактилит I пальца правой кисти), активность 1–2-й степени. Постинфекционный (*Shigella flexneri*) колит. Кератодермия туловища, конечностей, псориазиформные высыпания, цирциарный уранит, цирциарный вульвит. Бактериальный вагиноз. Астено-невротическое состояние. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

Проведен первый курс лечения (десенсибилизирующая терапия; антигистаминные препараты; противодизентерийная антибактериальная терапия, рекомендованная гастроэнтерологом; витамины группы В; физиотерапия; местная терапия кортикостероидными мазями); на этом фоне отмечено улучшение – уменьшение инфильтрации, шелушения, частичный регресс бляшек (рис. 10, 11).

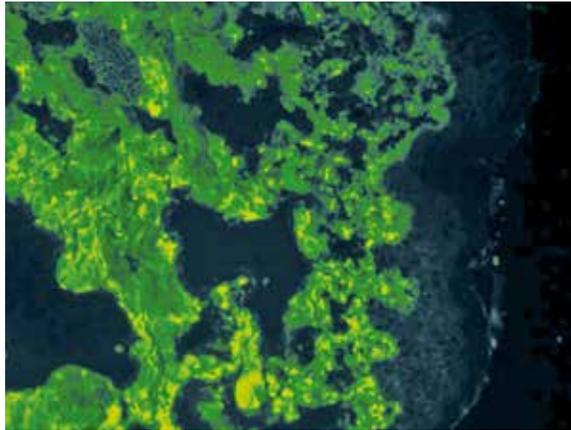


Рис. 8. Иммуноморфологический анализ непораженного участка кожи. Диффузная фиксация IgG (степень 3+) в сетчатом и сосочковом слоях дермы



Рис. 9. Рентген таза в прямой проекции. Двухсторонний асимметричный сакроилеит (с асимметрией выраженности изменений: справа – III стадии, слева – I стадии)



Рис. 10. Уплотнение высыпаний на коже правого локтя



Рис. 11. Значительный регресс высыпаний на коже виска, ушной раковины, заушной области

У пациентки Б., которая поступила к нам с подозрением на пустулезный псориаз, имелись псориазиформные (см. рис. 3, 4, 5), в том числе кератодермические (см. рис. 6) и рупеоидные (см. рис. 7) высыпания (гистологически неотличимые от псориазических), ониходистрофия, полиартрит; но в отличие от псориаза в биоптате видимо здоровой кожи были выявлены отложения IgG в зоне сосочкового и сетчатого слоев дермы (при псориазе они выявляются только в сосочковом слое) [11]. Это наряду с обнаружением колита и сывороточных антител к *Shigella*

flexneri в титре 1:200 позволило установить диагноз постэнтероколитического реактивного артрита. В описанном случае реактивного артрита энтероколитического генеза требовалась дифференциальная диагностика прежде всего с уретрогенным (обусловленным хламидиями) реактивным артритом, об отсутствии которого убедительно свидетельствовали отрицательные результаты обследования на хламидии (методом полимеразной цепной реакции, иммуноферментного анализа), так как остальные симптомы обоих заболеваний сходны. ©

Литература

1. Kim TH, Uhm WS, Inman RD. Pathogenesis of ankylosing spondylitis and reactive arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2005;17(4):400–5.
2. Parker CT, Thomas D. Reiter's syndrome and reactive arthritis. *J Am Osteopath Assoc.* 2000;100(2):101–4.
3. Ильин ИИ. Негонококковые уретриты у мужчин. М.: Медицина; 1991. 288 с.
4. Carter JD, Hudson AP. Reactive arthritis: clinical aspects and medical management. *Rheum Dis Clin North Am.* 2009;35(1):21–44. doi: 10.1016/j.rdc.2009.03.010.
5. Porter CK, Choi D, Riddle MS. Pathogen-specific risk of reactive arthritis from bacterial causes of foodborne illness. *J Rheumatol.* 2013;40(5):712–4. doi: 10.3899/jrheum.121254.
6. Curry JA, Riddle MS, Gormley RP, Tribble DR, Porter CK. The epidemiology of infectious



gastroenteritis related reactive arthritis in U.S. military personnel: a case-control study. *BMC Infect Dis.* 2010;10:266. doi: 10.1186/1471-2334-10-266.

7. Hannu T. Reactive arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011;25(3):347–57. doi: 10.1016/j.berh.2011.01.018.
8. Hanova P, Pavelka K, Holcatova I, Pikhart H. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis, and reac-

tive arthritis in the first descriptive population-based study in the Czech Republic. *Scand J Rheumatol.* 2010;39(4):310–7. doi: 10.3109/03009740903544212.

9. Rohekar S, Pope J. Epidemiologic approaches to infection and immunity: the case of reactive arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2009;21(4):386–90. doi: 10.1097/BOR.0b013e32832aac66.
10. Kvien TK, Glennäs A, Melby K, Granfors K, Andrup O, Karstensen B, Thoen JE. Reactive ar-

thritis: incidence, triggering agents and clinical presentation. *J Rheumatol.* 1994;21(1):115–22.

11. Colmegna I, Cuchacovich R, Espinoza LR. HLA-B27-associated reactive arthritis: pathogenetic and clinical considerations. *Clin Microbiol Rev.* 2004;17(2):348–69.
12. Молочков ВА, Палеев ФН, Молочков АВ, Ковалев ЮН, Караулов АВ, Мылов НМ, Петрова МС. Урогенитальный реактивный артрит. М.: БИНОМ; 2014. 128 с.

References

1. Kim TH, Uhm WS, Inman RD. Pathogenesis of ankylosing spondylitis and reactive arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2005;17(4):400–5.
2. Parker CT, Thomas D. Reiter's syndrome and reactive arthritis. *J Am Osteopath Assoc.* 2000;100(2):101–4.
3. Il'in II. Nagonokokkovye uretrity u muzhchin [Non-gonococcal men's urethritis]. Moscow: Meditsina; 1991. 288 p. (in Russian).
4. Carter JD, Hudson AP. Reactive arthritis: clinical aspects and medical management. *Rheum Dis Clin North Am.* 2009;35(1):21–44. doi: 10.1016/j.rdc.2009.03.010.
5. Porter CK, Choi D, Riddle MS. Pathogen-specific risk of reactive arthritis from bacterial causes of foodborne illness. *J Rheumatol.* 2013;40(5):712–4. doi: 10.3899/jrheum.121254.
6. Curry JA, Riddle MS, Gormley RP, Tribble DR, Porter CK. The epidemiology of infectious gastroenteritis related reactive arthritis in U.S. military personnel: a case-control study. *BMC Infect Dis.* 2010;10:266. doi: 10.1186/1471-2334-10-266.
7. Hannu T. Reactive arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011;25(3):347–57. doi: 10.1016/j.berh.2011.01.018.
8. Hanova P, Pavelka K, Holcatova I, Pikhart H. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis, and reactive arthritis in the first descriptive population-based study in the Czech Republic. *Scand J Rheumatol.* 2010;39(4):310–7. doi: 10.3109/03009740903544212.
9. Rohekar S, Pope J. Epidemiologic approaches to infection and immunity: the case of reactive arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2009;21(4):386–90. doi: 10.1097/BOR.0b013e32832aac66.
10. Kvien TK, Glennäs A, Melby K, Granfors K, Andrup O, Karstensen B, Thoen JE. Reactive arthritis: incidence, triggering agents and clinical presentation. *J Rheumatol.* 1994;21(1):115–22.
11. Colmegna I, Cuchacovich R, Espinoza LR. HLA-B27-associated reactive arthritis: pathogenetic and clinical considerations. *Clin Microbiol Rev.* 2004;17(2):348–69.
12. Molochkov VA, Paleev FN, Molochkov AV, Kovalev YuN, Karaulov AV, Mylov NM, Petrova MS. Urogenital'nyy reaktivnyy artrit [Urogenital reactive arthritis]. Moscow: BINOM; 2014. 128 p. (in Russian).

A case of reactive post-enterocolitic arthritis (Reiter's syndrome)

Molochkov A.V.¹ • Molochkov V.A.¹ • Petrova M.S.¹ • Belousova E.A.¹ • Mylov N.M.¹ • Seliverstova T.R.¹ • Sekirin A.B.¹

Reactive arthritis is an autoimmune disease from the group of seronegative arthritis known as spondyloarthropathy. Two types of the disease are designated by this term, namely post-enteritic (Reiter's syndrome) and venereal (urogenital) (Reiter's disease). Irrespective of the infectious agent, both types of the disorder can be associated with various symptoms including skin and mucosal lesions and heart. However, the post-enteritic type of reactive arthritis is associated also with intestinal problems and the venereal one (mostly being of chlamydial origin), – with genitourinary disorders. Due to highly variable clinical manifestations of reactive arthritis, patients frequently receive only symptomatic treatment that temporarily eliminates some symptoms. We

describe a clinical example of diagnostic approach to this complex disease, that allowed for putting the definite diagnosis and perform differential diagnosis with other similar disorders including urogenital reactive arthritis. This paper could be of interest for practitioners in various specialties, first, for dermatovenereologists, rheumatologists, gastroenterologists, internists and rehabilitation specialists.

Key words: reactive arthritis, urogenital reactive arthritis, post-enterocolitic reactive arthritis, Reiter's disease, Reiter's syndrome, seronegative reactive arthritis of extra-articular origin, psoriasis-like rash, keratoderma

doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-1-45-51

Molochkov Anton V. – MD, PhD, Professor, Deputy Director on Science and International Communications¹

Molochkov Vladimir A. – MD, PhD, Professor, Merited Scientist, Head of the Dermatovenereology and Dermato-oncology Department¹

Petrova Marina S. – MD, Research Fellow, Dermatovenereology and Dermato-oncology Department¹
 ✉ 61/2–2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (499) 408 10 51.
 E-mail: marina.s.petrova@gmail.com

Belousova Elena A. – MD, PhD, Professor, Head of Department of Gastroenterology and Hepatology¹

Mylov Nikolay M. – MD, PhD, Associate Professor, Chair of Internal Diseases, Postgraduate Training Faculty¹

Seliverstova Tat'yana R. – MD, PhD, Head of Department of Gastroenterology¹

Sekirin Aleksey B. – MD, PhD, Head of the Physical Therapy and Rehabilitation Department¹

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation