

Сексуально набутий реактивний артрит: етіологічні чинники та клініко-епідеміологічні особливості

Г. М. Бондаренко, І. М. Нікітенко, О. А. Безрученко
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

Резюме

Мета. Узагальнити сучасні уявлення про етіологічну структуру реактивного артриту венеричного генезу, проаналізувати клініко-епідеміологічні особливості перебігу захворювання залежно від виявленого збудника на основі власних спостережень і даних світової літератури.

Матеріали та методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 203 пацієнтів із сексуально набутими реактивними артритом (СНРА), які перебували на лікуванні у відділенні венерології ДУ «ІДВ НАМН України». Використано результати ПЛР, культуральної діагностики, а також проаналізовані сучасні публікації (2008–2025 рр.), що висвітлюють патогенез і клініку реактивного артриту.

Результати. Найчастішим етіологічним чинником СНРА виявлено *Chlamydia trachomatis* (92,6%), з них 68,5% – у вигляді моноінфекції. *Ureaplasma urealyticum* виявлена у 26,6% випадків, у тому числі в складі змішаних інфекцій. Перебіг СНРА при хламідійній та змішаній хламідійно-уреаплазменній інфекції характеризувався тяжким клінічним синдромом комплексом, хронізацією процесу та частішими системними ускладненнями. Наявність уреаплазменної інфекції асоціювалась з відносно легшим перебігом СНРА, але вищою частотою уражень очей. Сучасні дослідження підтверджують можливість персистенції хламідій у синовіальних тканинах навіть після лікування.

Висновки. СНРА є інфекційно-асоційованим захворюванням із провідною роллю *C. trachomatis*. Змішані інфекції ускладнюють перебіг і збільшують частоту позасуглобових проявів. Своєчасна діагностика й міждисциплінарний підхід є ключем до запобігання хронізації та інвалідизації.

Ключові слова: сексуально набутий реактивний артрит, хвороба Рейтера, реактивний артрит, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, уrogenітальні інфекції.

DOI: 10.33743/2308-1066-2025-2-23-25

Вступ

Сексуально набутий реактивний артрит (СНРА), і сьогодні залишається однією з найцікавіших і водночас складних проблем сучасної медицини. Це захворювання поєднує в собі кілька синдромів одразу – ураження суглобів, очей та уrogenітального тракту. Колись його описували лише як «уретро-окуло-синовіальний синдром», але сьогодні відомо, що спектр проявів значно ширший [1, 2].

Саме тому в літературі дедалі частіше вживають термін «реактивний артрит», який точніше відображає суть процесу: запалення суглобів виникає не через безпосередню інвазію збудника, а як імунна відповідь організму на перенесену інфекцію [3]. Це надає хворобі Рейтера особливого статусу серед ревматологічних та венерологічних захворювань.

Історія терміну сягає з 1916 року, коли Ганс Рейтер описав класичну триаду: уретрит, кон'юнктивіт і артрит. Проте вже сучасні дослідження показали, що це визначення занадто вузьке, адже клінічні прояви можуть

охоплювати й інші органи та системи. Саме це стало поштовхом до переходу на ширший термін «реактивний артрит».

Найчастіше захворювання виникає у сексуально активних молодих людей. За статистикою, артрит розвивається у 1–4% осіб після уrogenітальної інфекції, а частка сексуально набутих форм сягає 50–70% [4, 8]. Таким чином, ми маємо справу з патологією, яка безпосередньо перетинає межу між дерматовенерологією та ревматологією.

Питання етіології СНРА неодноразово викликало дискусії серед науковців. І хоча відомо чимало потенційних тригерів, практичний досвід та більшість досліджень сходяться в одному: *Chlamydia trachomatis* залишається провідним збудником.

Клінічні спостереження в Україні підтверджують: у 92,6% пацієнтів із СНРА виявляється саме хламідійна інфекція, причому у понад двох третин – як моноінфекція. Це переконливо свідчить про ключову роль *Chlamydia trachomatis*. Сучасні огляди підтверджують:

незалежно від країни чи континенту, саме *Chlamydia trachomatis* залишається «номер один» серед збудників реактивного артрити.

Не менш цікавою є роль *U. urealyticum*. Хоча уреоплазменна моноінфекція трапляється відносно рідко (5,9%), їх поєднання з *Chlamydia trachomatis* виявляється у 16,3% випадків і нерідко асоціюється з гострішим дебютом. Це змушує замислитися: можливо, саме комбінація цих патогенів, а не їхня ізольована дія, формує тяжчий перебіг захворювання.

Окрім *Chlamydia trachomatis* та *Ureaplasma urealyticum*, у літературі описано участь *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* та навіть *Neisseria gonorrhoeae*. Хоча їхній внесок менш значний, відкидати ці інфекції не варто. З іншого боку, для ентеропатичної форми реактивних артритів типовими причинами є кишкові бактерії – *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*. А от *Chlamydia pneumoniae* та *C. psittaci* – це радше винятки, але підтверджені випадки їхнього зв'язку з реактивним артритом також існують.

Останні огляди привертають увагу до ще ширшого кола мікроорганізмів. Завдяки сучасним методам діагностики – ПЛР, секвенуванню – вдалося показати, що навіть нетипові збудники можуть стати тригером артрити. Це відкриває нові горизонти для досліджень і ставить перед лікарями складніше завдання – не обмежувати діагностику лише кількома «звичними» агентами.

Мега дослідження – систематизувати сучасні дані про етіологічну структуру СНРА, проаналізувати особливості клінічного перебігу захворювання залежно від виявленого збудника та представити результати власних клініко-епідеміологічних спостережень.

Матеріали та методи

Дослідження базується на спостереженні 203 пацієнтів із СНРА, які перебували на лікуванні в ДУ «Інституті дерматології та венерології НАМН України».

Серед обстежених було 130 чоловіків (64%) та 73 жінки (36%) віком від 14 до 65 років (середній вік – 34,9 року).

Діагностичні методи включали:

- ПЛР для *Chlamydia trachomatis* та *Ureaplasma urealyticum*;
- культуральні методи для *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*;
- клінічне та рентгенологічне обстеження суглобів;
- збір епідеміологічного анамнезу.

Додатково проведено аналіз сучасних міжнародних публікацій (2010–2025 рр.), які висвітлюють питання етіології, патогенезу та лікування СНРА [3–13].

Результати та обговорення

Наші результати ще раз підтвердили те, що обговорюється у світовій літературі: головним збудником СНРА є *Chlamydia trachomatis*. У 92,6% пацієнтів ми знайшли саме її, причому більш ніж у двох третин випадків (68,5%) – як моноінфекцію. Це доводить, що хламідія залишається основним фактором, із яким ми стикаємось у практиці.

Втім, не менш цікавим є внесок уреоплазми. Ми виявили її у чверті пацієнтів (26,6%). Але що важливо – лише у невеликій частині (5,9%) *Ureaplasma urealyticum* була єдиним збудником. Значно частіше уреоплазма «йшла в парі» з *Chlamydia trachomatis*, утворюючи

змішані асоціації (16,3%). І саме ці асоціації давали клінічно складніші випадки: гостріший початок, дебют в молодшому віці (середній – 28,9 року) і більш тяжкі прояви. Складається враження, що комбінація патогенів запускає сильніший імунний каскад, ніж кожен із них окремо.

Дані збігаються з результатами сучасних досліджень, де *Chlamydia trachomatis* визнана етіологічним фактором у 30–90% випадків реактивного артрити, тоді як *Ureaplasma urealyticum* та *Mycoplasma genitalium* розглядаються як потенційні ко-фактори або тригери в поєднанні з іншими інфекціями [2, 9, 10].

Захворювання частіше дебютувало у віці 21–30 років. У 52,2% пацієнтів симптоми з'явилися до 30-річного віку. Дебют у вигляді уретриту/ендоцервіциту спостерігався у 79,9–86,7% випадків. У жінок з уреоплазменною та хламідійно-уреоплазменною етіологією дебют у вигляді уретриту фіксувався у 100% випадків.

Ці дані підтверджують спостереження інших авторів, що сексуально активний вік і наявність уrogenітальної інфекції є ключовими факторами ризику розвитку СНРА [5, 7, 13].

Якщо говорити про клінічну картину, то тут ми також побачили суттєві відмінності.

Перебіг СНРА хламідійної етіології найчастішим варіантом був поліартрит – понад 75% пацієнтів. Часто спостерігалися сакроілеїти, а сам перебіг мав схильність до хронізації: у 47% він ставав рецидивуючим, затяжним. До цього додавалися позасуглобові прояви – від серцево-судинних ускладнень до ураження травної системи.

Перебіг СНРА при виявленій уреоплазменній інфекції виглядав дещо м'якше: поліартрит ми бачили рідше (66,7%), загалом клінічні прояви були легшими. Але саме у цих пацієнтів частіше виникали ураження очей – майже у половини (53,3%). Це наводить на думку, що уреоплазма, можливо, має певну «схильність» до офтальмологічних ускладнень.

Змішана хламідійно-уреоплазменна інфекція була найбільш проблемною. Вона давала гостріший дебют, ранній початок (28,9 року) і значно частіше супроводжувалася м'язовими атрофіями (82,1%). У жінок ми спостерігали ураження органів малого таза, що робить цю форму особливо несприятливою з точки зору репродуктивного здоров'я.

Сучасні публікації підтверджують: саме змішані інфекції, а не моноетіологічні, частіше асоціюються з тяжким перебігом і системними ураженнями [7, 9].

Важливий момент: позасуглобові прояви, тобто те, що виходило за межі «класичного» артрити, ми значно частіше бачили саме при хламідійній інфекції. Це стосувалося очей (увеїт, епісклерит), шкіри й слизових оболонок, а також серцево-судинної та нервової системи. Іншими словами, коли хворобу запускав хламідійний фактор, перебіг виглядав значно агресивнішим і системнішим.

Сучасні дослідження лише підтверджують наші спостереження. Встановлено, що *C. trachomatis* здатна зберігатися у синовіальній оболонці, хондроцитах і фібробластах навіть після того, як збудника вже немає в уrogenітальному тракті. Це пояснює, чому у частини пацієнтів артрит набуває хронічного характеру. Виявлення ДНК хламідій у синовіальній рідині методом ПЛР сьогодні вважається «золотим стандартом»

у підтвердженні хламідійно-асоційованого артриту [6, 12, 13].

Що ж до інших збудників, таких як *Ureaplasma urealyticum* чи *Mycoplasma genitalium*, то швидше за все, вони виконують роль ко-факторів, які підсилюють патогенний ефект у поєднанні з хламідіями. Саме ця синергія і запускають реактивний імунний каскад, який ми бачимо у практиці.

Висновки

1. Сексуально здобутий реактивний артрит залишається важливою клінічною проблемою, що поєднує інфекційний тригер і системну імунну відповідь.

Список літератури

1. Бондаренко Г. М. Клініко-епідеміологічні особливості хвороби Рейтера залежно від етіології. *Дерматологія та венерологія*. 2003. № 3. С. 21–27.
2. Бондаренко Г. М. Етіологічні аспекти хвороби Рейтера. *Дерматологія та венерологія*. 2004. № 4. С. 18–25.
3. Chlamydia trachomatis elementary bodies in synovial fluid of patients with reactive arthritis / Kumar P., Khanna G., Batra S., Sharma V., Rastogi S. *Int J Rheum Dis*. 2014. Vol. 19, № 10. С. 1073–1078. DOI: 10.1111/1756-185X.12364.
4. Do infections play a role in chronic arthritis? A 14-year follow-up study / Tuompo R., Hannu T., Paimela L., Kautiainen H., Leirisalo-Repo M., Koivuniemi R. *BMC Rheumatol*. 2025. Vol. 9. С. 12. DOI: 10.1186/s41927-025-00491-1.
5. Jubber A., Moorthy A. Reactive arthritis: a clinical review. *J R Coll Physicians Edinb*. 2021. Vol. 51, № 3. С. 288–297. DOI: 10.4997/JRCPE.2021.319.
6. Owlia M., Eley A. Is the role of Chlamydia trachomatis underestimated in suspected reactive arthritis? *Int J Rheum Dis*. 2010. Vol. 13, № 1. С. 27–38. DOI: 10.1111/j.1756-185X.2009.01446.x.
7. Reactive arthritis: treatment challenges and future perspectives / Wendling D., Prati C., Chouk M., Verhoeven F. *Curr Rheumatol Rep*. 2020. Vol. 22. С. 68. DOI: 10.1007/s11926-020-00904-9.
8. Reactive arthritis: update / Bentaleb I., Abdelghani K., Rostom S., Amine B., Laatar A., Bahiri R. *Curr Clin Microbiol Rep*. 2020. Vol. 7, № 3. С. 124–132. DOI: 10.1007/s40588-020-00152-6.
9. Reactive arthritis update: spotlight on new and rare infectious agents / Zeidler H., Hudson A. *Curr Rheumatol Rep*. 2021. Vol. 23. С. 70. DOI: 10.1007/s11926-021-01018-6.
10. Return to play after the diagnosis of reactive arthritis in a professional football player / Fernandes A., Cunha P., Pinto J., Duarte C., Estaca A., Pereira T., Bettencourt M., Reis e Silva M., Fernandes S. *Cureus*. 2023. Vol. 15. e41139. DOI: 10.7759/cureus.41139.
11. Rihl M., Kuipers J. Reactive arthritis. *Z Rheumatol*. 2024. DOI: 10.1007/s00393-024-01594-9.
12. Sidhwa K. Syndromic approach: reactive arthritis. *Private Practice Infect Dis*. 2024. Vol. 4. С. 9. DOI: 10.55636/PPID4040009.
13. The incidence of sexually acquired reactive arthritis: a systematic review / Denison H., Curtis E., Clynes M., Bromhead C., Dennison E., Grainger R. *Clin Rheumatol*. 2016. Vol. 35, № 10. С. 2649–2656. DOI: 10.1007/s10067-016-3364-0.

2. Провідним етіологічним чинником є *Chlamydia trachomatis*, однак значну роль відіграють і змішані інфекції (*Chlamydia trachomatis* + *Ureaplasma urealyticum*).

3. Клінічний перебіг залежить від збудника: хламідійні та змішані варіанти характеризуються важчим і хронічним перебігом, уреаплазменні – легшим, але з частішими офтальмологічними проявами.

4. Своєчасна діагностика та комплексний підхід із залученням фахівців різних спеціальностей є запорукою запобігання хронізації та інвалідизації пацієнтів.

5. Необхідні подальші дослідження для уточнення ролі рідкісних збудників, оптимізації діагностики та терапії.

References

1. Bondarenko HM. Kliniko-epidemiologichni osoblyvosti khvoroby Reitera zalezno vid etiologii [Clinical and epidemiological features of Reiter's disease depending on etiology]. *Dermatohiia ta venerohiia*. 2003;(3):21–27. Ukrainian.
2. Bondarenko HM. Etiologichni aspekty khvoroby Reitera [Etiological aspects of Reiter's disease]. *Dermatohiia ta venerohiia*. 2004;(4):18–25. Ukrainian.
3. Chlamydia trachomatis elementary bodies in synovial fluid of patients with reactive arthritis / Kumar P., Khanna G., Batra S., Sharma V., Rastogi S. *Int J Rheum Dis*. 2014;19(10):1073–1078. doi:10.1111/1756-185X.12364
4. Do infections play a role in chronic arthritis? A 14-year follow-up study / Tuompo R., Hannu T., Paimela L., Kautiainen H., Leirisalo-Repo M., Koivuniemi R. *BMC Rheumatol*. 2025;9:12. doi:10.1186/s41927-025-00491-1
5. Owlia M, Eley A. Is the role of Chlamydia trachomatis underestimated in suspected reactive arthritis? *Int J Rheum Dis*. 2010;13(1):27–38. doi:10.1111/j.1756-185X.2009.01446.x
6. Jubber A, Moorthy A. Reactive arthritis: a clinical review. *J R Coll Physicians Edinb*. 2021;51(3):288–297. doi:10.4997/JRCPE.2021.319
7. Rihl M, Kuipers J. Reactive arthritis. *Z Rheumatol*. 2024. doi:10.1007/s00393-024-01594-9
8. Reactive arthritis: treatment challenges and future perspectives / Wendling D, Prati C, Chouk M, Verhoeven F. *Curr Rheumatol Rep*. 2020;22:68. doi:10.1007/s11926-020-00904-9
9. Reactive arthritis: update / Bentaleb I, Abdelghani K, Rostom S, Amine B, Laatar A, Bahiri R. *Curr Clin Microbiol Rep*. 2020;7(3):124–132. doi:10.1007/s40588-020-00152-6
10. Reactive arthritis update: spotlight on new and rare infectious agents / Zeidler H, Hudson A. *Curr Rheumatol Rep*. 2021;23:70. doi:10.1007/s11926-021-01018-6
11. Return to play after the diagnosis of reactive arthritis in a professional football player / Fernandes A, Cunha P, Pinto J, Duarte C, Estaca A, Pereira T, Bettencourt M, Reis e Silva M, Fernandes S. *Cureus*. 2023;15: e41139. doi:10.7759/cureus.41139
12. Sidhwa K. Syndromic approach: reactive arthritis. *Private Practice Infect Dis*. 2024;4:9. doi:10.55636/PPID4040009
13. The incidence of sexually acquired reactive arthritis: a systematic review / Denison H, Curtis E, Clynes M, Bromhead C, Dennison E, Grainger R. *Clin Rheumatol*. 2016;35(10):2649–2656. doi:10.1007/s10067-016-3364-0

SEXUALLY ACQUIRED REACTIVE ARTHRITIS: ETIOLOGICAL FACTORS AND CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES

Bondarenko H. M., Nikitenko I. M., Bezruchenko O. A.
SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

Abstract

Purpose. To summarize modern ideas about the etiological structure of reactive arthritis of venereal origin, to analyze the clinical and epidemiological features of the course of the disease depending on the identified pathogen based on our own observations and data from world literature.

Materials and methods. A clinical and laboratory examination of 203 patients with sexually acquired reactive arthritis (SARA) who were treated in the venereology department of the SE «IDV NAMS of Ukraine» was conducted. PCR data, cultural diagnostics, as well as modern publications (2008–2025) covering the pathogenesis and clinical manifestations of reactive arthritis were used.

Results. The most common etiological factor of SARA was *Chlamydia trachomatis* (92.6%), of which 68.5% were found to be monoinfections. *Ureaplasma urealyticum* was found in 26.6% of cases, including as part of mixed infections. The course of SARA in chlamydial and mixed chlamydial-ureaplasma infection was characterized by a more severe clinical syndrome complex, chronicity of the process and more frequent systemic complications. The presence of ureaplasma infection was associated with a relatively milder course of CR, but a higher frequency of eye lesions. Modern studies confirm the possibility of persistence of chlamydia in synovial tissues even after treatment.

Conclusions. SARA is an infection-associated disease with the leading role of *C. trachomatis*. Mixed infections complicate the course and increase the frequency of extra-articular manifestations. Timely diagnosis and an interdisciplinary approach are the key to preventing chronicity and disability.

Keywords: sexually acquired reactive arthritis, Reiter's disease, reactive arthritis, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, urogenital infections.

Відомості про авторів

Бондаренко Гліб Михайлович – доктор мед. наук, професор, завідувач відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом, ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0799-797X>

Нікітенко Інна Миколаївна – кандидат мед. наук, старший науковий співробітник відділу інфекцій, що передаються статевим шляхом ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків;

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8315-7625>

Безрученко Олексій Анатолійович – кандидат мед. наук, лікар відділення венерології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», м. Харків;

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6436-4354>