



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ

(по российским клиническим рекомендациям 2025 года)
Кафедра фармакологии и клинической фармакологии им.
проф. Комиссарова И. В.

Подготовили:
к.мед.н., доцент Коньшева Н.В.,
к.мед., доцент Галаева Я.Ю.,
к.мед., доцент Твердохлеб Т.А.

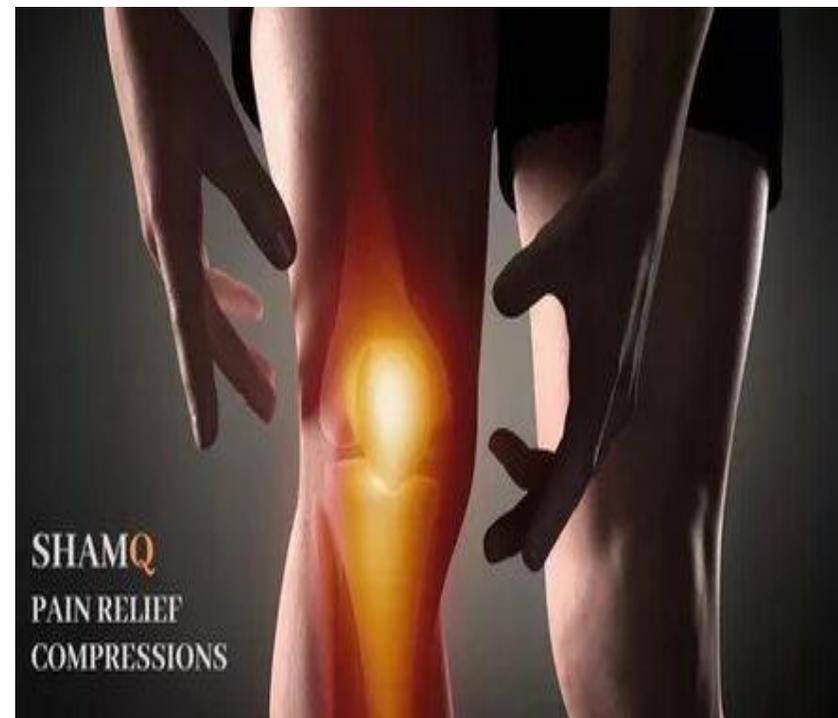
Реактивный артрит (РеА)

Также: Реактивный артрит у детей

Версия: Клинические рекомендации РФ 2025 (Россия)

Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: M02.8, M02.9

Реактивные артриты (РеА) представляют собой воспалительные негнойные заболевания суставов, которые развиваются в тесной хронологической связи (обычно не позднее, чем через 1-6 нед.) с перенесённой кишечной или урогенитальной инфекцией. Они относятся к группе серонегативных спондилоартритов и, как правило, ассоциируются с наличием HLA-B27-антигена. Воспалительный процесс затрагивает периферийные суставы: коленные, тазобедренные, шейные, межфаланговые суставы кистей и стоп, лучезапястные и другие, может распространяться на позвоночник, связки, кожные покровы и др. В редких случаях - может привести к воспалению аорты, почек, плевриту, поражению нервной системы, вплоть до менингоэнцефалита.



ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

- В 1818 г. В. Brody впервые описал классическую триаду болезни (артрит, уретрит, конъюнктивит).
- После выделения Нейссером возбудителя гонореи в 1879 г. была очерчена отдельная группа больных с артритом в рамках диссеминированной гонококковой инфекции.
- В 1916 г. французскими врачами Фиссенже и Леруа описано 4 случая так называемого уретроокулосиновиального синдрома.
- Г. Рейтер сообщил о развитии данного синдрома у немецкого солдата и предполагал спирохету в качестве триггерного (пускового) агента. Эпоним «синдром Рейтера» стали применять для обозначения варианта артрита в сочетании с конъюнктивитом и уретритом.
- Термин «реактивный артрит» введен в литературу финскими ревматологами в 70-х годах прошлого века для обозначения артритов, развивающихся после перенесенной иерсиниозной инфекции.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- Распространённость РеА, по данным большинства авторов, составляет 4,6—13 и 5—14 случаев на 100 000 населения для урогенной и энтерогенной формы, соответственно.
- Урогенитальная форма существенно чаще встречается у мужчин, в то время как энтероколитическая – одинаково часто у мужчин и женщин.
- Пик развития РеА приходится на третью декаду жизни. Соотношение заболеваемости среди мужчин и женщин колеблется от 25:1 до 6:1. Среди детей РеА встречается в 5-10% после перенесенного иерсиниоза и в 20% -у перенесших сальмонеллез тифимуриум (чаще у мальчиков 8-12 лет). РеА после кишечных инфекций развивается в любом возрасте; связанный с хламидийной инфекцией – у сексуально активных подростков и у взрослых.
- Примерно в 50% случаев РеА являются хламидия-индуцированными (он развивается у 1-3% больных с хламидийным уретритом)
- Кишечные инфекции, вызываемые грам-отрицательными микроорганизмами, приводят к развитию РеА в 1–15% случаев.
- В период пандемии COVID-19 было зарегистрировано несколько случаев развития острого артрита после перенесенной вирусной инфекции, которые классифицировались как РеА.

Реактивный артрит: этиология и причины развития

Возбудители инфекций — триггеры РеА.

- **Грам-отрицательные возбудители кишечных инфекций:**

Salmonella (различные серотипы), Shigella (S.flexneri, S.disenteriae, S.sonnei), Yersinia (Y.enterocolitica (серотипы 0:3 и 0:9), Y.pseudotuberculosis), Campylobacter (C.jejuni, C.coli), Clostridium difficile, Escherichia coli (штаммы, вызывающие диарею).

- **Возбудители урогенитальных инфекций:**

- Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, M.genitalium

- **Респираторные инфекции, вызванные внутриклеточными возбудителями,** которые сопровождаются пневмонией, бронхитом (Chlamydophila pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella)

- **Вызванные бактериальными и вирусными инфекциями носоглотки,**

- **Вирусные (в том числе ВИЧ) инфекции.**

- **Паразитарные причины**(крайне редки).

Реактивный артрит: этиология и причины развития

- В зависимости от причин возникновения выделяют реактивные артриты:
 - ассоциированные с HLA-B27 (Human leukocytic antigen - B27 – человеческий лейкоцитарный антиген).
 - неассоциированные с HLA-B27

Заболевание, как правило, связано с постинфекционным воспалением тканей, реже - с инфицированием сустава. Даже после излечения возбудитель может сохраняться в активной форме в клетках организма.

ПАТОГЕНЕЗ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- Артриту в 50 раз более подвержены носители антигена HLA-B27 (их среди пациентов 65-95%). HLA-B27 – основной иммуногенетический маркер высокой предрасположенности к развитию спондилоартритов.
РеА чаще развивается у обладателей HLA-B27 по той причине, что у бактерий и HLA-B27 есть сходство в последовательности аминокислот.
- Согласно научной гипотезе, молекула HLA-B27 связывает бактериальный или собственный антигенный пептид, который затем предъявляется Т-лимфоциту с целью ответа.
- Иммунный ответ, инициируемый компонентами клеточной стенки возбудителей РеА (т. н. «артритогенными пептидами»), влечет за собой развитие перекрестных реакций со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека.
- Синтезирующиеся при этом провоспалительные медиаторы вызывают воспаление и повреждение тканей.
- Таким образом, при РеА мы имеем дело с **системным аутоиммунным воспалением**, которое затрагивает синовиальную оболочку суставов и проходит несколько последовательных стадий: преклиническую, симптоматическую, раннюю и развернутую.



ПАТОГЕНЕЗ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- Посредством фагоцитоза макрофагами и дендритными клетками возбудитель попадает из очага первичной инфекции в суставы (в синовиальной оболочке и синовиальной жидкости обнаруживают живые микробы, способные к делению, или их антигены).
- Неэффективность иммунного ответа заключается в недостаточной элиминации возбудителей и их антигенов из организма. Персистенция антигенов триггерных микробов в макроорганизме может быть причиной длительно сохраняющегося высокого уровня антител к возбудителю и хронизации процесса.
- **Морфологические изменения в синовиальной мембране** напоминают таковые при инфекционном артрите и проявляются отёком, гиперемией и инфильтрацией синовиоцитов нейтрофильными лейкоцитами. При хроническом течении формируется неспецифический синовит с умеренным скоплением лимфоидных и плазматических клеток.

Реактивный артрит: симптомы

- РеА – болезнь молодых. Чаще всего болеют мужчины в возрасте 20-40 лет - женщины болеют в 10-20 раз реже. Реактивный артрит представляет угрозу для молодого поколения и может поражать даже младенцев.
- К моменту развития заболевания симптомы триггерной инфекции стихают или полностью регрессируют. Через 3—60 дней (в среднем через 1-4 недели) повышается температура тела (50% случаев) и развития **асимметричный моно- или олигоартрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей**: коленных, голеностопных, пальцев стоп (особенно первых). Быстрое развитие выпота в коленном суставе может привести к образованию подколенных кист с последующим их разрывом и формированием псевдофлебитического синдрома. Суставы верхних конечностей поражаются значительно реже.



Реактивный артрит: симптомы

- В 10—16% случаев (при урогенитальном РеА) развивается **тендовагинит отдельных пальцев стоп**, проявляющийся выраженной болью, отёчностью и специфической багрово-синюшной кожной окраской («палец-сосиска»).
- У 30% больных наблюдается поражение энтезисов (мест прикрепления сухожилий и связок к костям возле суставов), с наиболее частой локализацией в пяточных областях. Характерны ахиллобурситы, подошвенные апоневрозиты и трохантериты.
- По мере прогрессирования воспалительного процесса возможно последовательное поражение суставов нижних конечностей снизу вверх («лестничный» тип).
- Могут вовлекаться крестцово-подвздошные суставы (сакроилеит) и позвоночник (спондилит): боли в нижнем отделе и/или в области проекции крестцово-подвздошных сочленений, чувство скованности, спазм паравертебральных мышц. Из-за воспаления связочного аппарата и поражения суставов стоп развивается плоскостопие.



Реактивный артрит: симптомы

- **Общие проявления:** снижение трудоспособности, потеря веса, повышение температуры тела, лимфаденопатия, анемия.
- **Боли в суставах:**
 - - ноющие, постепенно нарастающие
 - - усиливающиеся ночью
 - - сопровождающиеся утренней скованностью и отечностью суставов
 - - уменьшаются после физических упражнений.
- **Поражение кожи при РеА:** папулы, гиперкератоз подошвенной части стопы и ладоней (5—20% случаев), кератодермические псориазоподобные высыпания на различных участках тела и волосистой части головы, баланопостит.
- **Повреждение слизистых оболочек** – уретрит, цистит, цервицит, неглубокие язвы на слизистой оболочке полости рта (афтозный стоматит), увеит, конъюнктивит (30% случаев). При рецидивирующем течении болезни описаны кератит, язвы роговицы, эписклерит, ретробульбарный неврит.
- **Повреждение ногтей** – ониходистрофия (изменением структуры, формы ногтевой пластины в результате нарушения питания ногтя у 6-12%).

Реактивный артрит: симптомы

- **Клиническая картина хламидии-индуцированных артритов (болезни Рейтера)** зависит от продолжительности заболевания.
- У мужчин возникают уретрит и простатит, у женщин – цервицит, аднексит. В некоторых случаях болезнь мочеполовой системы протекает с малозаметными симптомами или вовсе бессимптомно.
- Через 1–6 недель после начала уретрита развивается суставной синдром. Одновременно или после него - поражение глаз (конъюнктивит, иридоциклит). Классическая триада Рейтера: поражение мочеполовой системы, суставов и глаз. При развитии кожных проявлений формируется тетрада Рейтера.
- Болезнь Рейтера опасна тем, что в патологический процесс может быть вовлечен любой сустав с дальнейшим развитием полиартрита.

Осложнения реактивного артрита

- **Осложнения реактивного артрита** встречаются нечасто и характерны для агрессивного течения заболевания у генетически предрасположенных пациентов. Чаще всего встречается эрозивное поражение суставов, деформация стопы, рецидивы или хронификация РеА. Иногда наблюдается недостаточность аортального клапана, катаракта и другие осложнения, которых можно избежать благодаря соблюдению клинических рекомендаций по реактивному артриту.
- У 80% больных полное выздоровление. Рецидивы часто связаны с повторным инфицированием. В 20% случаев возможна хронизация процесса. Описаны случаи летальных исходов, обусловленных развитием амилоидоза или тяжёлым поражением сердца

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- Для диагностики РеА используют классификационные критерии, принятые на 4-м Международном рабочем совещании в Берлине. Диагноз «реактивный артрит» выставляется при наличии обоих больших критериев и одного малого критерия.
- РеА считается вероятным (Возможный РеА) - при наличии первого большого критерия и 1 - 2 малых критериев, а также при наличии только больших критериев.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

КРИТЕРИИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

(предложены Международной группой экспертов по изучению реактивных артритов)

Большие критерии	Малые критерии
<p>1. Артрит: асимметричный моно- или олигоартрит нижних конечностей.</p> <p>2. Клиника: предшествующей инфекции (за 1-6 нед. до артрита) – уретрит, энтерит</p>	<ul style="list-style-type: none">• Доказательства триггерной роли инфекции: для <i>C. trachomatis</i> – положительный результат в исследуемом материале (соскоб из уретры или цервикального канала) или ПЦР-анализа (в моче)• для энтеробактерий – положительная копрокультура <p>Доказательство персистирующей инфекции в суставе:</p> <ul style="list-style-type: none">• ПЦР для <i>C. trachomatis</i>

Определенный реактивный артрит: два больших критерия и один малый. Возможный реактивный артрит: два больших критерия или первый большой и один-два малых.

ДИАГНОСТИКА РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Рекомендуется:

- Собрать инфекционный анамнез в течение последнего месяца перед появлением симптомов РеА.
- Провести анализ гинекологического и акушерского анамнеза матерей детей с подозрением на РеА (выяснение наличия урогенитальных и других инфекций (хламидийной, микоплазменной, цитомегаловирусной, герпетической, Эпштейна-Барра вирусной и др.), которые могут быть триггерами РеА у ребенка, до и во время беременности).

Лабораторные методы подтверждения РеА (помимо общих клинических анализов периферической крови и мочи, С-реактивного белка, титра Антистрептолизина-О):

- Ревматоидный фактор
- Содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК; определение содержания антител к циклическому цитруллиновому пептиду (анти-ССР)
- Молекулярно-генетическое исследование HLA-B27
- Антитела класса IgA к антигенам *Yersinia enterocolitica* и *Yersinia pseudotuberculosis*.
Chlamydia trachomatis, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*.

ДИАГНОСТИКА РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Посев на патогенную и условно-патогенную микрофлору кишечника, мочи с определением чувствительности к антимикробным препаратам.

- Определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (*Chlamydiapsittaci*), хламидии пневмонии (*Chlamydoophilapneumoniae*), хламидии трахоматис (*Chlamydia trachomatis*), определение антител классов IgM, IgG к микоплазме пневмонии (*Mycoplasmapneumoniae*)
- Хламидии, определение ДНК (ПЦР) в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта и в синовиальной жидкости
- Антитела класса IgA к антигенам *Yersinia enterocolitica* и *Yersinia pseudotuberculosis*. *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*.

ДИАГНОСТИКА РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- **Инструментальные методы подтверждения РеА**
- УЗИ органов брюшной полости и почек с целью выявления увеличения размеров и изменения паренхимы почек, печени, селезенки, лимфаденопатии
- ЭКГ и ЭхоКГ
- УЗИ сустава (выявить выраженность выпота в полость сустава, утолщение синовиальной оболочки и связок, хряща)
- Рентгенография или компьютерная томография пораженного сустава
- Магнитно-резонансная томография суставов с контрастированием пациентам со стойким суставным синдромом.

ДИАГНОСТИКА РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- Показания для консультации других специалистов:
- акушера-гинеколога или уролога – при наличии признаков урогенитальной инфекции; при проведении терапии во время беременности;
- дерматовенеролога – при наличии урогенитальной инфекции;
- окулиста – при поражении глаз;
- инфекциониста – при энтероколитическом варианте инфекционных заболеваний;
- гастроэнтеролога – при эрозивно-язвенном поражении желудочно-кишечного тракта;
- хирурга – при подозрении на острую хирургическую патологию брюшной полости.
- ревматолога

ЛЕЧЕНИЕ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- Раннее лечение триггерной инфекции может предотвратить инициацию и персистенцию последующего артрита. Если при обследовании не были выявлены проблемы с сердцем и почками, терапия заболевания проводится амбулаторно, т.е. на дому с выполнением врачебных рекомендаций.
- Антибактериальная терапия, направленная на ЭРАДИКАЦИЮ возбудителя болезни.
- Лечение локального воспаления, восстановление и сохранение функций сустава, коррекция иммунных реакций – как общая, так и локальная терапия (внутрисуставные инъекции глюкокортикостероидов, использование противовоспалительных мазей, кремов и гелей).
- Симптоматическое лечение направлено на устранение болей, улучшение оттока жидкости из прилегающих тканей, восстановление подвижности в суставе.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- **Проведение антибактериальной терапии целесообразно только при ранней стадии РеА (появлении первых симптомов артрита) или при рецидивах заболевания, сопровождающихся воспалительным процессом в мочеполовой или кишечной системе. Антибиотик для лечения РеА после кишечных инфекций выбирается в соответствии с чувствительностью выделенного или предполагаемого персистирующего возбудителя и назначается на 7-10 дней.**
- **Санация очагов внутриклеточных инфекции** представляет большие трудности в связи с биологическими особенностями их возбудителей (длительное персистирование возбудителей хламидиоза, микоплазмоза в клетках тканей макроорганизма в неактивном состоянии и низкая их чувствительность к большинству антибиотиков).
- **При РеА, вызванным *C. trachomatis*, рекомендуется лечение не только ребенка, но и его родителей. а у взрослых пациентов – их половых партнеров.** До завершения лечения и проведения контрольного исследования пациентам с УРеА рекомендуют использовать презерватив.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- Рациональная антибактериальная терапия урогенного реактивного артрита предусматривает:
- Использование оптимальных терапевтических доз макролидов, тетрациклинов и фторхинолонов.
- 7 -10-дневные курсы неэффективны. Даже 28-30-дневные курсы дают до 40% неудач.
- При неэффективности первого курса терапии назначается повторный курс антибиотика другой группы.
- Комбинированная терапия (доксциклин + рифампицин или азитромицин + рифампицин)- высокая эффективность по сравнению с монотерапией.
- Контрольное исследование на хламидиоз осуществляют не ранее, чем через 3—4 нед. после окончания курса антибиотикотерапии.

Лечение реактивного артрита

- Лечение реактивного артрита основано на применении нестероидных противовоспалительных средств, топических и системных глюкокортикоидов. При резистентном к терапии течении артрита могут использоваться иммунодепрессанты. Выбор препаратов диктуется степенью клинической и лабораторной активностью воспаления, наличием висцеральных поражений.
- **Нестероидные противовоспалительные препараты** с наиболее выраженной противовоспалительной активностью (**диклофенак, нимесулид, мелоксикам, ибупрофен**) в стандартных суточных дозах. *Диклофенак - у детей с 6 лет в таблетках и суппозиториях, в виде в/м инъекций с 18 лет. Нимесулид у детей с 2-х лет в суспензии, старше 12 лет – в таблетках. Мелоксикам у детей с 2-х лет в суспензии, старше 15 лет в таблетках, в виде в/м инъекции с 18 лет. Ибупрофен у детей старше 3 мес. в суспензии, старше 6 лет в таблетках, интервалы между приемами препарата 6-8 ч.*
- При снижении интенсивности боли и уменьшении припухлости суставов суточную дозу следует снизить. Длительность назначения НПВП определяется обратным развитием не только артрита, но и спондилита. **Энтезит обычно торпиден к НПВП.**
- На кожу в области пораженных суставов наносят противовоспалительные мази, кремы и гели.

Лечение реактивного артрита

- **Глюкокортикоиды:**
- При низкой эффективности НПВП, множественном поражении суставов и высокой воспалительной активности, наличии системных проявлений (нефрит, кардит и др.) показаны системные глюкокортикоиды в низких дозах (преднизолон не более 10-15 мг/сут). При лечении глюкокортикоидами возможна активация триггерной инфекции.
- ***Показания к внутрисуставному введению ГК:***
- *Выраженный экссудативные изменения и болевой синдром в пораженных суставах.*
- Стойкий артрит 1-3 суставов, резистентный к НПВП и базисной противовоспалительным препаратам (БПВП),
- **Введение пролонгированных глюкокортикоидов (Бетаметазона, Триамсинолона) внутрь сустава или периартикулярно в пораженные энтезы является терапией выбора.**
- Внутрисуставное введение бетаметазона детям старше 3-х лет в соответствии с инструкцией по применению препарата при наличии активного моно- или олигоартрита не чаще 1 раза в 4 мес. Бетаметазон или триамсинолон назначаются детям по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей.
- В случае обострения артрита чаще, чем 1 раз в 4 мес. внутрисуставное введение ГК не проводится.

Лечение реактивного артрита

- При затяжном и хроническом течении РеА назначают базисную противовоспалительную терапию—
- **сульфасалазин, метотрексат, азатиоприн.**
- **Сульфасалазин** в дозе 2 мг/сут. в течение 3-4 мес. эффективно подавляет проявления острого периферического артрита и практически не влияет на спондилит и энтезопатию. Возможно увеличение суточной дозы до 3 г. Препарат хорошо переносится.
- Возможно применение **метотрексата** в дозе 10-15 мг/м²/нед. перорально или подкожно. Подкожный способ введения метотрексата является предпочтительным, так как обеспечивает стабильную биодоступность. При непереносимости метотрексата для подкожного введения он назначается для перорального приема. Его также назначают при неэффективности местного лечения или при тяжелом течении с целью индукции ремиссии увеита, ассоциированного с РеА.
- С целью предотвращения побочных эффектов метотрексата в течение всего курса его применения рекомендуется назначение **фолиевой кислоты** в дозе 1 мг каждый день (кроме дня введения метотрексата) перорально (*детям - по решению врачебной комиссии, после получения информированного согласия родителей и детей старше 15 лет*).

Немедикаментозное лечение реактивного артрита

- Немедикаментозное лечение носит вспомогательный характер и применяется в дополнение к фармакотерапии. Его основная задача - сохранить подвижность сустава, воспрепятствовать образованию контрактур.
- сбалансированная диета, включающая продукты с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот (рыбий жир, оливковое масло и др.), фрукты, овощи;
- в периоды обострения заболевания следует ограничивать двигательный режим. Полная иммобилизация суставов с наложением лонгет противопоказана (развитие атрофии мышечной ткани, остеопороза).
- **лечебная физкультура с инструктором, массаж.** Физические упражнения способствуют сохранению функциональной активности суставов. После выздоровления полезны езда на велосипеде, плавание, прогулки. Исключить психоэмоциональные нагрузки, пребывание на солнце.
- **физиотерапия (фонофорез лекарственных средств, ультразвук, диадинамотерапия, магнито- и лазеротерапия, аппликации димексида на пораженные мелкие суставы, санаторно-курортное лечение и др.)** при умеренной активности РеА строго по назначению врача и при стихании активности артрита.

ПРОФИЛАКТИКА РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- **Профилактика заражения инфекциями, в том числе** передающимися половым путем (барьерная контрацепция).
- **Диспансерное наблюдение.** Обследование проводится 1 раз в 3-6 мес., далее каждые 6 мес. с целью контроля эффективности и безопасности терапии, выявления осложнений заболевания, сопутствующей патологии.
- Предупреждение переохлаждения, травм и избыточных нагрузок на суставы. В период обострения дети обучаются на дому и посещают школу в стадии неактивной болезни/ремиссии
- Исключить психоэмоциональные нагрузки, пребывание на солнце и применение УФО
- Своевременное и корректное лечение любых инфекционных процессов, соблюдение рекомендаций врача.
- Соблюдение гигиенического режима, здоровый образ жизни.
- Иммуногенетическое консультирование.
- индивидуальный подход к вакцинации; исключается применение иммуномодуляторов.
- Раннее обращение к врачу по поводу симптомов и лечения реактивного артрита, тщательного выполнения медицинских рекомендаций.

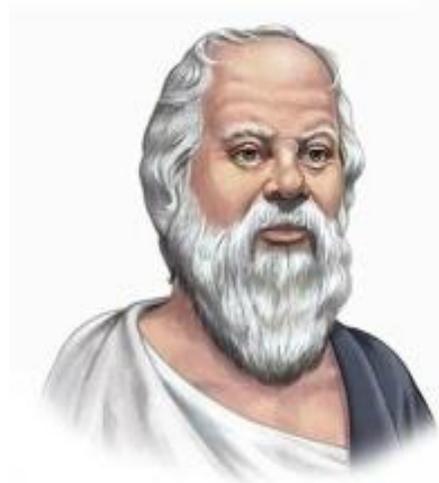
«Приобрести здоровье –
храбрость,
сохранить его – мудрость,
а умело распорядиться им
– искусство».

Франсуа Волетер.

«ЧЕЛОВЕК МОЖЕТ ЖИТЬ ДО 100 ЛЕТ. МЫ САМИ
СВОЕЙ НЕВОЗДЕРЖАННОСТЬЮ, СВОЕЙ
БЕСПОРЯДОЧНОСТЬЮ, СВОИМ БЕЗОБРАЗНЫМ
ОБРАЩЕНИЕМ С СОБСТВЕННЫМ ОРГАНИЗМОМ
СВОДИМ ЭТОТ НОРМАЛЬНЫЙ СРОК ДО ГОРАЗДО
МЕНЬШЕЙ ЦИФРЫ»

И.П. ПАВЛОВ

БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!



СОКРАТ

**Здоровье — не всё, но всё
без здоровья ничто.**

