

ХРОНИЧЕСКИЙ УРОГЕННЫЙ РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Т.В. Аснер

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав.- д.м.н., проф. Ю.А. Горяев)

Резюме. Проведено определение клинических проявлений хронического урогенного реактивного артрита. Установлены причины хронизации артрита.

Ключевые слова: хронический урогенный реактивный артрит, причины, проявления.

Урогенные реактивные артриты (УреА) – артриты, возникающие в хронологической связи с мочеполювой инфекцией, как правило, хламидийной – относятся к группе серонегативных спондилоартропатий. Существуют различные мнения в отношении длительности течения урогенных реактивных артритов. Так М.А. Khan (2002) называет их “эпизодом” периферийного артрита, возникающего после урогенитальной инфекции, длящимся от 4 до 5 месяцев. В.В. Бадюкин (2004) считает, что реактивные артриты характеризуются доброкачественным течением и нередко заканчиваются полным выздоровлением. Существуют и другие мнения. I. Colmegna с соавт. (2004) указывают, что выздоровление наступает лишь у 30% больных с постхламидийным артритом; у 1/5 пациентов заболевание может приобретать хроническое течение; у 38% – возникают повторные атаки; у 26% человек может сформироваться анкилозирующий спондилоартрит; у половины больных – рентгенологически выявляется сакроилеит при наблюдении в последующие 20 лет.

Детально хроническое течение УреА было описано Н. М. Киселевой с соавторами (2000) с длительностью течения суставного синдрома более 5 лет, который на протяжении всего времени наблюдения сохранял черты реактивного артрита. При этом описаны “стационарные” формы УреА, выявленные по обращаемости. Описания хронических форм этого заболевания, выявленных активно в группе повышенного риска, больных негонококковыми уретритами (НГУ), в доступной литературе не встретилось.

Целью исследования явилось определить клинические проявления хронических форм УреА у пациентов, выявленных активно, целенаправленно в группе больных НГУ.

Материалы и методы.

Проведено 2 проспективных исследования с интервалом в 15 лет. Обследовано 900 больных, страдающих негонококковыми уретритами (500 человек в 1 и 400 – во 2 исследованиях), сроки наблюдения в обоих случаях составляли 2,5 года (1982-1984 и 1999-2001 гг.). Исследование проводилось одним врачом, отбор больных осуществлялся по единой скринирующей карте с последующим детальным клиническим обследованием в городском ревматологическом центре г. Иркутска. Всем проведено общепринятое в ревматологии клинико-лабораторное и рентгенологическое обследование. Все больные осмотрены венерологом, при необходимости – урологом, окулистом. Исследование на хламидии проводилось несколькими способами. В 1 исследовании: 1) бактериоскопический метод, 2) исследование

антигенов хламидий в мазках-соскобах эпителия уретры с помощью флюоресцирующих антител методом, модифицированным совместно с Противочумным институтом Сибири и Дальнего Востока, лабораторией туляремии, зав.- к.м.н., ст. науч. сотр. Ю.В. Миранчук [1], 3) антитела к хламидийной инфекции определяли с помощью реакции связывания комплемента с групповым орнитозным антигеном Одесского производства бактериальных препаратов и сывороток. Во 2 исследовании: 1) проводилась реакция прямой иммунофлюоресценции для определения антигенов хламидий в мазках – соскобах эпителия уретры, использовалась тест-система ХлаМоноСкрин-2 фирмы «Ниармедик Плюс» и ХламиСлайд, Галард-Диагностикум, 2) при необходимости проводился метод полимеразной цепной реакции. Значимость результатов оценивалась путем определения t критерия Стьюдента. Критический уровень значимости = 0,05.

Результаты и обсуждение.

Как в 1, так и во 2 исследованиях, большая доля выявленных больных составили лица со сроком заболевания более 6 месяцев: (38 и 25 – 61,3% и 80,6% человек, соответственно) – с затяжным и хроническим течением суставного синдрома, и значительно меньше – во вре-

Таблица 1. Клиническая характеристика больных урогенным реактивным артритом с затяжным и хроническим течением (в динамике за 15 лет)

Симптомы	2 исследование (n=25)		1 исследование (n=38)		p
	Абсол.	M ± m, %	Абсол.	M ± m, %	
Моноартикулярное поражение суставов	7	28,0 ± 8,9	5	13,1 ± 5,5	>0,05
Олигоартикулярное поражение суставов	13	52,0 ± 9,9	20	52,6 ± 8,1	>0,05
Полиартикулярное поражение суставов	5	20,0 ± 4,4	11	28,9 ± 7,4	>0,05
Поражение периартикулярных тканей	9	36,0 ± 9,6	21	55,3 ± 8,1	<0,05
Поражение крупных суставов ног	23	92 ± 5,4	20	52,6 ± 8,1	<0,001
Мелкие суставы кистей					
- асимметричные	4	16,0 ± 7,3	2	5,9 ± 3,5	>0,05
- симметричные	–	–	3	7,9 ± 4,4	>0,05
- лучезапястные	–	–	3	7,9 ± 4,4	>0,05
Мелкие суставы стоп					
- асимметричные	2	8,0 ± 5,4	7	18,4 ± 6,2	>0,05
- симметричные	–	–	1	2,6 ± 2,8	>0,05
Крупные и средние суставы рук	7	28,5 ± 9,0	11	29,0 ± 7,4	>0,05
Боли и атрофия мышц	16	64,0 ± 9,6	18	47,4 ± 8,1	>0,05
Сакроилеит R-логически подтвержденный	14(18)	77,7 ± 9,7	21(25)	84,0 ± 5,9	>0,05
- в т.ч. односторонний	8	33,3 ± 11,0	15	60,0 ± 7,9	>0,05
- в т.ч. двусторонний	8	44,4 ± 11,7	6	14,0 ± 5,6	>0,05
Поражение глаз (конъюнктивит, эписклерит)	11	44,0 ± 9,9	20	52,6 ± 8,1	>0,05
Кожные проявления (цирцинарный баланит, гиперкератоз подошв, ладоней, подногтевой)	15	60,0 ± 9,8	20	52,6 ± 8,1	>0,05
Полная триада или тетрада признаков	18	72,0 ± 8,9	25	65,8 ± 7,6	>0,05
Неполная триада или тетрада признаков	7	28,0 ± 8,9	10	26,3 ± 7,1	>0,05
Начало заболевания острое	3	12,0 ± 6,5	2	5,3 ± 3,5	>0,05

мья первой суставной атаки, сроком до 6 месяцев (24 и 6 – 38,7% и 19,4 % больных, соответственно). Из них 56,5 % больных в 1 исследовании и 48,4% пациентов во 2 имели заболевание сроком свыше 1 года.

Характерным является то, что как 15 лет назад, так и в настоящее время обращается к врачам – терапевтам лишь четверть (27,5 и 25,8%, соответственно) больных с так называемыми амбулаторными формами урогенных реактивных артритов. Но если в 1 исследовании заболевание не было распознано ни у одного больного (лечились под диагнозами «Остеохондроз», «Ревматизм» и другие), то в настоящее время лишь одному пациенту не выставлен диагноз УреА.

Клиническая картина дебюта УреА и хронических

полового синдрома. У пациентов с затяжными и хроническими формами хламидии выделялись в 63,2 – 64,0% случаев, а с учетом сочетанных инфекций (микоплазмы, трихомонады) – у 71,5-92,0% пациентов против 45,8 и 33,3% у лиц с острым течением ($p < 0,05$).

Хронический простатит диагностировался при затяжных и хронических формах болезни у 65,0-80,0% человек, в то время как в острых случаях лишь у 41,7-33,3% пациентов ($p < 0,05$). Это объясняется, вероятно, длительным персистированием хламидийной инфекции в мочеполовом тракте, что и способствует хроническому течению УреА.

В ходе исследования в обоих случаях проводилось динамическое наблюдение за выявленными больными в среднем 2,5 года, осуществлялась диспансеризация их (лечение у уролога с применением антибиотиков, местная санация очага инфекции, направлялись на лечение половые партнеры), а также у ревматолога (применялись нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикостероиды местно, физиотерапия, массаж, лечебная физкультура).

Отмечено, что у лиц, выявленных в дебюте болезни прогноз был значительно лучше – у них в 76,2-66,6% случаев отмечалась положительная динамика (стабилизация процесса, длительная ремиссия). У пациентов, выявленных с затяжными и хроническими формами болезни стабилизация и длительная ремиссия наблюдались лишь в 46,7-60,0% случаев ($p < 0,05$).

Таким образом, как показало двухкратное исследование урогенных реактивных артритов, выявленных в группе повышенного риска, хронические формы их существуют. Хронизация процесса даже при своевременном обращении к врачу возможна примерно у половины больных. Клинически хронические варианты УреА даже при длительном течении сохраняют черты заболевания и не представляют существенной трудности в диагностике. Причиной хронизации суставного синдрома следует, вероятнее всего, считать длительно сохраняющийся активный воспалительный процесс в урогенитальном тракте, в частности в предстательной железе, обусловленный персистенцией хламидийной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аснер Т.В., Миранчук Ю.В. Модификация метода определения хламидий в мазках эпителия уретры. // К конференция изобретателей и рационализаторов: Тез. Докл. – Иркутск, 1987. – С. 52-54.
2. Бадюкин В.В. Место сульфасалазина в комплексной терапии серонегативных спондилоартритов. // Научно-практическая ревматология. – 2004. – №4 – С. 68-72.
3. Colmegna I., Cuchacovich R., Espinoza L.R. HLA-B27-associated reactive arthritis: pathogenetic and clinical considerations. // Clin. Microbiol. Rev. – 2004. vol. 17 – P. 348-369.
4. Khan M.A. Update on spondyloarthropathies. // Ann. Intern. Med. – 2002 – vol. 136 – P. 896-907.

IS THE CHRONIC UROGENIC REACTIVE ARTHRITIS A MYTH OR REALITY

T. V. Asner
(Irkutsk State Medical University, Russia)

There has been conducted the definition of clinic manifestations of chronic urogenic reactive arthritis. The causes of chronic arthritis have been established.