

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УРОГЕННЫХ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ГРУППЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

Т. В. Аснер, Ю. А. Горяев

(Иркутский государственный медицинский университет — ректор акад. А. А. Майборода, кафедра госпитальной терапии — зав. проф. Т. П. Сизых, кафедра пропедевтики внутренних болезней — зав. проф. Ю. А. Горяев)

Резюме. Обследовано 500 больных негонекокковыми уретритами. Целью исследования явилось выяснить клинические особенности урогенных артритов, выявленных в группе повышенного риска. Клинические проявления у выявленных больных представлены полной формой болезни Рейтера, неполной формой болезни Рейтера, изолированным поражением параартикулярных тканей. Суставной синдром выявлен у 12,4% больных негонекокковыми уретритами.

Целенаправленное исследование позволило увеличить процент своевременной диагностики более чем на 50%.

При целенаправленном выявлении достоверно чаще встретились стертые малосимптомные нетипичные формы, включая изолированное поражение параартикулярных тканей, изолированный сакроилеит в сочетании с артралгиями, которые в литературе четко не описаны.

Урогенные артриты или артриты, передаваемые половым путем, давно привлекают к себе внимание ревматологов. Детальное изучение их началось в первой половине двадцатого столетия со времени описания клинической картины своеобразной триады или тетрады Reiter, затем Fiessinger и Leroy.

Описываемый вид артритов представляет серьезную проблему в ревматологии, как медицинскую, так и социальную. Объясняется это тем, что поражаются преимущественно лица молодого трудоспособного возраста; заболевание не всегда выявляется своевременно, с одной стороны, из-за формирования синдромов, трудно отличимых от ревматоидного артрита и болезни Бехтерева, а с другой — в связи с нередким развитием нечеткой, стертой клинической картины болезни (Агабабова Э. Р., 1985 г., Dougy P. et al., 1983). В последнее время интерес к артритам, передаваемым половым путем, объясняется еще и тем, что во всех развитых странах мира наблюдается неуклонный рост неспецифических воспалительных заболеваний мочеполового тракта, так называемых негонекокковых уретритов (НГУ), в частности, вызываемых хламидийной инфекцией (Edmonds J., 1984). Диагностика уроартритов часто вызывает трудности не только для врачей-терапевтов, но и даже для специалистов-ревматологов.

Так, по данным института ревматологии АМН России, своевременная постановка диагноза болезни Рейтера в поликлиниках составляет не более 20% (Агабабова Э. Р. и соавторы, 1978). А между тем они могут при-

нимать хронические формы с рецидивирующим течением и нередко приводят к стойкой утрате трудоспособности.

В связи с этим нам представилось целесообразным изучать урогенные реактивные артриты в группе повышенного риска — больных негонекокковыми уретритами.

Методы и материалы

Обследовано 500 больных НГУ, все мужчины, обратившиеся в городской кожно-венерологический диспансер по поводу проявлений уретрита, при этом на момент обращения у них ни бактериоскопически, ни бактериологически гонококк не был выявлен. 105 (21%) человек ранее перенесли гонорею, которая была полностью вылечена, но признаки уретрита оставались налицо. Суставной синдром выявлен у 62 (12,4%) больных негонекокковыми уретритами. Верификацию диагноза урогенного артрита проводили по критериям, предложенным институтом ревматологии РАМН. У всех больных суставной синдром возник в четкой хронологической связи с признаками уретрита или после связи с новым половым партнером. Для того, чтобы оценить клинические особенности активно выявленных нами больных среди лиц повышенного риска (I группа), мы обследовали группу больных (30 человек, II группа) с диагнозом урогенного артрита, прошедших в это же время через городской ревматологический центр, т. е. выявленных по обращаемости.

Результаты и обсуждение

Следует отметить, что 17 (27,4%) человек из 62, выявленных нами, ранее обращались к врачу, но диагноз урогенного артрита им не был выставлен, они наблюдались под другими диагнозами. У 7 из 17 диагностирован «пояснично-крестцовый радикулит»; у 1 — «деформирующий остеоартроз»; у 1 — «ревматизм»; 3 больных лечились по поводу «инфекционно-аллергического полиартрита»; у 5 человек точного диагноза установить не могли.

Пример: Больной С., 19 лет, осмотрен в городском кожно-венерологическом диспансере г. Иркутска при повторном обращении к венерологу с жалобами на незначительные выделения по утрам из уретры, зуд, жжение в уретре. Заболел остро после нового полового контакта, обращался к венерологу, диагноз гонореи, трихомониаза после обследования отвергнут. Через месяц у больного вне-

запно появились боли в суставах (голеностопных, коленных, тазобедренных), вовлеклись по типу «лестницы», боли в пятках стоп, поясничном отделе позвоночника; усиливались ночью и при физической нагрузке. При обращении к врачу выставлен диагноз инфекционно-аллергического полиартрита. Лечение антибиотиками пенициллинового ряда, нестероидными противовоспалительными средствами дало некоторое улучшение. Через 5 месяцев вновь усилились проявления уретрита, а через две недели и суставной синдром. При осмотре — полностью не ступает на стопу из-за болей в пятках и голеностопных суставах, кожа над ними горячая с цианотичным оттенком, болезненность при пальпации, ограничение подвижности; припухлость и болезненность подошвенной фасции, подпяточный бурсит, атрофия мышц голени. Положительны симптомы Кушелевского, ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника. Подошвенный гиперкератоз. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено. Осмотр уролога: «уретрит, простатит». Осмотр окулиста: катаральный конъюнктивит. В анализе крови ускоренная СОЭ до 28 мм/час; положительный СРБ ++; ревматоидный фактор методом латекс-теста и Ваалер-Розе не выявлен. Признаков хламидийной инфекции не выявлено. Рентгенография сакроилеальных сочленений: выявлен сакроилеит II стадии слева. Диагноз: болезнь Рейтера, полная форма, уретропростатит, олигоартрит, подпяточный бурсит, подошвенный фасцит, сакроилеит односторонний; конъюнктивит, кожные проявления, затяжное течение, активность степени II, стадия II, нарушение функции II.

Клинические проявления урогенных арт-

ритов, выявленных нами среди больных НГУ, были представлены несколькими клиническими вариантами (табл.1).

Чаше встречался полный синдром Рейтера (СР), включающий уретрит или уретропростатит, артрит, поражение глаз (конъюнктивит), поражение кожи (цирциарный баланит, гиперкератоз подошв, ладоней, подногтевой гиперкератоз, эрозии слизистой рта, бленнорейный кератодермию). Реже наблюдался неполный СР (уретрит в сочетании с поражением суставов и околосуставных тканей).

Особенностью явилось то, что при целенаправленном исследовании в группе повышенного риска неполный СР был также представлен изолированными поражениями параартикулярных тканей, т.е. без четкой заинтересованности суставов (подпяточный, ахиллобурсит, подошвенный фасцит), которые возникли в хронологической связи с мочеполовой инфекцией. Среди «стационарных» форм подобный клинический вариант не встречался, т.к., по-видимому, эти «стертые» формы не всегда диагностируются врачами поликлинической сети. Между тем именно подпяточные и ахиллобурситы, подошвенные фасциты являются наиболее упорными клиническими проявлениями суставного синдрома при болезни Рейтера (Doury P. et al. 1983).

Что касается вне суставных проявлений, то они были схожими у больных обеих групп и представлены в табл.1.

Непосредственно сам суставной синдром, с его клиническим разнообразием, также отличался в группе активно выявленных больных (табл.2).

Наряду с характерными проявлениями для этого вида суставной патологии, описываемой в литературе (Агабабова Э.Р. и соавт., 1986, Doury P. et al., 1983, Edmonds J., 1984 и др.), встречались определенные особенности, не указанные авторами ранее. Это прежде всего изолированные упорные полиартралгии, которые мы расценили как следствие инфекции в мочеполовом тракте, т.к. хронологически они были с ней связаны и носили упорный, длительный характер. Довольно часто (25,8%) они сочетались с сакроилеитом, а также с подпяточно- и ахиллобурситом. Это кажется нам существенным, т.к. артралгии у таких больных врачами общеполитклинической сети могут клинически недооцениваться, а сакроилеит лечиться под диагнозом «пояснично-крестцового радикулита». Все это может способствовать формированию хронических форм, тем более что подобные больные зачастую скрывают факт своего обращения к венерологу.

Особенностью также клинической картины суставного синдрома в группе повышенного риска явилось то, что здесь мы реже встретили «классические» развернутые формы. Реже встретились такие патогномичные проявления патологии суставов, как со-

Таблица 1

Частота клинических синдромов у больных, выявленных по обращаемости и активно

№ Симптом п/п	Выявлены по обра- щаемости (n=30)		Выявлены активно (n=62)		P
	n	M±m%	n	M±m%	
1. Неполный с-м Рейтера	3	10,0±5,4	19	30,6±9,7	>0,05
2. Полный с-м Рейтера	27	90,0±5,4	40	64,5±6,1	<0,001
3. Изолированное поражение параартикулярных тканей	0	0	3	4,9±2,8	>0,05
4. Поражение глаз в т.ч.: — конъюнктивит	23	76,6±7,8	26	42,0±6,3	<0,001
— кератит+конъюнктивит	2	8,6±5,9	—	—	>0,05
— ирит+конъюнктивит	1	4,3±4,1	—	—	>0,05
5. Кожные поражения	16	54,4±9,2	30	48,3±6,4	>0,05
в т.ч.: — цирциарный баланит	7	43,7±12,3	16	25,8±5,5	>0,05
— гиперкератоз подошв, ладоней, подногтевой	16	43,7±12,3	11	17,7±4,8	<0,05
— эрозии слизистой рта	1	6,2±5,9	5	8,0±3,4	>0,05
— бленнорейная кератодермия	2	12,4±8,1	6	9,6±3,7	>0,05
6. Лихорадка	18	60,0±8,9	2	3,2±2,2	<0,01
7. Поражения сердца	12	40,0±8,9	7	11,3±4,0	>0,05

Частота клинических признаков суставного синдрома у больных урогенными артритами, выявленных активно и по обращаемости

№ п/п	Симптомы	Выявлены активно (n=62)		Выявлены по обра- щаемости (n=30)		P
		n	M±m %	n	M±m %	
1.	Артралгии изолированные	3	4,8±2,7	0	0	>0,05
2.	Полиартрит	2	3,2±2,1	4	13,6±6,2	>0,1
3.	Моно-олигоартрит	17	27,4±5,7	20	66,6±8,6	<0,001
4.	Подпяточный и ахиллобурсит в сочетании с поражением периферических суставов	15	24,2±5,4	20	66,6±8,6	<0,01
5.	Подошвенный фасцит в сочетании с поражением периферических суставов	16	25,8±5,6	15	50,0±9,2	<0,02
6.	Поражение суставов ног	52	83,9±4,7	30	100	<0,01
7.	Поражение суставов рук	23	37,0±6,1	15	50±9,2	>0,05
8.	Поражение мелких суставов стоп	15	21,0±5,1	12	40,0±8,94	>0,05
9.	Поражение крупных и средних суставов ног	48	77,4±5,4	29	96,6±3,3	<0,01
10.	Сосискообразная деформация пальцев стоп	12	19,2±5,0	16	53,3±9,1	<0,01
11.	Псевдоподагрический палец	7	11,2±3,9	7	23,3±7,7	>0,1
12.	Атрофия мышц	3	4,8±2,8	15	50,0±9,2	<0,01
13.	Боли в мышцах	25	40,3±6,2	18	60,0±8,9	<0,05
14.	Асимметричное поражение суставов	28	45,5±6,3	17	56,6±2,9	>0,05
15.	«Лестничное» поражение суставов	15	24,2±5,4	16	54,4±9,2	<0,01
16.	Клинические проявления сакроилеита	38	61,3±6,2	18	60,0±8,9	>0,05
17.	Рентгенологические признаки сакроилеита	27	73,0±7,3	24	81,0±8,6	>0,2
18.	Артралгии в сочетании с сакроилеитом	16	2,8±5,5	1	3,3±3,3	<0,001
19.	Артралгии в сочетании с подпяточно- и ахиллобурситом	4	6,4±3,1	1	3,3±3,3	>0,05
20.	Артралгии в сочетании с сакроилеитом, подпяточно- и ахиллобурситом	4	6,4±3,1	—	—	<0,05
21.	Сужение суставной щели	1	4,3±4,4	8	26,3±10,1	<0,05
22.	Остеопороз эпифизарный	3	17,0±7,2	14	47,3±11,6	<0,01
23.	Деструкция костной ткани	1	4,3±4,4	10	31,5±11,0	<0,05
24.	«Рыхлые» пяточные шпоры	10	25,0±8,8	9	52,6±11,3	>0,05

сискообразная деформация пальцев стоп, включая «псевдоподагрический палец», «лестничное» поражение суставов, мышечный синдром, включая боли и атрофию мышц. Рентгенологические изменения в суставах также не были столь выраженными, как у больных II группы. Почти не было деструктивных изменений в костной ткани (4,3% против 31,5%), что говорит о более мягком, стертом его течении.

Таким образом, обследование лиц повышенного риска (больные негонекокковыми уретритами) позволило выявить наличие суставной патологии у 12,4% больных, включая стертые формы. Целенаправленное исследование увеличило более чем на 50% своевременную диагностику урогенных артритов. При этом достоверно чаще, чем в группе больных «стационарных», были обнаружены малосимптомные нетипичные формы заболевания, включая изолированное поражение параартикулярных тканей, изолированный сакроилеит в сочетании с артралгиями, которые в литературе четко не описаны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р., Сидельникова С.М., Мазина Н.М. Особенности клиники и эволюции болезни Рейтера. //Материалы II Всесоюзного съезда ревма-

тологов. — М., 1978. — С.181-182.

2. Агабабова Э.Р. Реактивные артриты: состояние проблемы и перспективы. //Ревматология. — 1985, № 1. — С.3-6.
3. Агабабова Э.Р. Дифференциальная диагностика серонегативных артритов. //Тер.архив. — 1986, № 7. — С.149-154.
4. Doury P. Le Syndrom de Fiessinger-Loroy-Reiter. //Rev. Med. — 1979, Vol.20, № 35. — P.1853-1861.
5. Doury P., Eullry F., Pattin S. Aspects cliniques des arthrites reactionnelles a chlamydia. //Rev. Rheumat. — 1983, Vol.50, № 11. — P.753-757.
6. Edmonds J. Reactive arthritis. //Aust. NLJ Med. — 1984, Vol.14, № 1. — P.81-88.

THE CLINICAL FEATURES OF THE UROGENITALIS ARTHRITIS, REVEALED IN THE GROUP OF THE INCREASED RISK

T.V.Asner, U.A.Goryaev

500 patients, suffering by nongonococcal urethritis, (NGU) were investigated. The purpose of this research — to describe the clinical features of urogenitalis arthritis, revealed in the group of the increased risk.

The full Reiter's disease, anfull Reiter's disease, isolated disorders of the paraarticularis tissue are clinical forms of urogenitalis arthritis. The joint syndrome has revealed from 12,4% patients, suffering by NGU. The similar directed research had permitted to increase the timely diagnosis more than 50%.

Atypical forms of this disease, including isolated defeat of the paraarticularis tissues, isolated sacroileitis were observed more frequently in the group of the directed research.