

ПРОСПЕКТИВНОЕ ПЯТНАДЦАТИЛЕТНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОГЕННЫХ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ В г.ИРКУТСКЕ

Т.В. Аснер, Ю.А. Горяев.

(Иркутский государственный медицинский университет)

Урогенные реактивные артриты (УреА), по современной номенклатуре, инфекционные артропатии, до настоящего времени остаются серьезной проблемой в ревматологии. Объясняется это тем, что как повсеместно в мире, так и в нашей стране наблюдается рост заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) и, прежде всего, урогенитального хламидиоза (УХ). Последний, как известно, является единственно доказанным этиологическим фактором УреА. По своим эпидемиологическим характеристикам: пути распространения, факторы риска (ФР) УреА тесно связаны с ЗППП, а именно негонококковыми уретритами и в связи с этим Международным симпозиумом в Монако в 1954 г. их рекомендовано изучать в рамках проблемы негонококковых уретритов. В отечественной и зарубежной литературе работ по изучению ФР УреА нет. Имеются отдельные указания на них без четкой количественной и качественной характеристики.

В 1988 г. нами была представлена клинко-эпидемиологическая характеристика УреА, включающая частоту, (распространенность), ФР УреА у больных негонококковыми уретритами в г. Иркутске. Были подробно изучены и описаны ФР УреА и дана их количественная и качественная оценка, выделены группы риска, включая группу неблагоприятного прогноза, и намечены пути первичной и вторичной профилактики. Исследование проводилось в условиях, когда выявление урогенитального хламидиоза не являлось рутинным методом диагностики негонококковых уретритов. За последние 15 лет эпидемиологическая ситуация изменилась. Во-первых, с 1993 г. выявление урогенитального хламидиоза у больных с негонококковыми уретритами стало рутинным и определено приказом МЗ РФ "О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемыми половым путем". Во-вторых, несмотря на совершенствование методов диагностики, продолжается рост заболеваемости негонококковыми уретритами в популяции. И, наконец, происходит увеличение с годами хронических торпидных форм УреА, что свидетельствует о трудностях первичной и вторичной профилактики их, а последнее по мнению Л.И. Беневоленской, напрямую связано с ФР.

В связи с этим целью нашего исследования явилось проспективно изучить популяцию больных негонококковыми уретритами в г. Иркутске и представить динамику частоты, ФР УреА в условиях обязательной рутинной диагностики урогенитального хламидиоза.

Материалы и методы

Первоначальное исследование с 1982 по 1986 годы включало 500 больных негонококковыми уретритами в возрасте от 17 до 60 лет (средний 28,2), прошедших через Городской кожно-венерологический диспансер. Применена оригинальная скрининг-карта для выявления частоты и ФР УреА. При постановке диагноза использованы критерии диагностики Института ревматологии РАМН. Хламидийная инфекция определялась в мазках соскобах эпителия уретры с помощью непрямого иммунофлюоресцентного метода, модифицированного нами (рационализаторское предложение 2316 от 20.05.86). Повторное исследование проводилось по этой же карте и включало 245 больных негонококковыми уретритами в возрасте от 17 до 62 (средний 30) лет, обратившихся в Городской кожно-венерологический диспансер г. Иркутска и анонимный кабинет. Больным с признаками суставного синдрома проведено клинко-рентгенологическое обследование общепринятое в ревматологии. Диагностика урогенитального хламидиоза во втором исследовании проводилась методом прямой иммунофлюоресценции мазков-соскобов эпителия уретры с использованием тест-систем "Хла-Моно-Скрин 2" Ниаармедик плюс и тест-систем "Хлами Слайд" Голлард-Диагностикум. Полученные результаты обрабатывали с помощью методов вариационной статистики. Определены: относительный риск (ОР) ФР и величина вклада их в развитие УреА – с помощью дисперсионного анализа альтернативы. Достоверность результатов оценивали с помощью Т критерия Стьюдента.

Обсуждение собственных результатов: в ходе проведенного исследования выявлено, что несмотря на совершенствование диагностики негонококковых уретритов, структура их стала "сложнее". В первом исследовании основную долю (64%) составляли лица с бактериальным уретритом, треть – имели изолированный уреазный хламидиоз (30,2%), незначительная часть приходилась на трихомоназ (1,6%) и лишь в 4,2% случаев выявлялась смешанная – микстинфекция (трихомонады+хламидии). Сложность современной этиологической структуры негонококковых уретритов заключается в значительном увеличении случаев микстинфекции, когда встречались одновременно не только 2, но и 3 возбудителя. Так, среди обратившихся, трихомонады+хламидии найдены в 11,8% больных, хламидии+уреаплазмы+трихомонады – в 1,6%, хламидии+уреаплазмы – в 2%, хламидии+гарднереллы – в 8%. Увели-

чилась доля трихомонадного уретрита до 6,2%, такой же осталась доля лиц с изолированным уреазаем хламидиозом – 28,6% у обратившихся.

Частота Уреа достоверно снизилась ($P < 0,05$) и составила 8,2% против 14,2% в предыдущем исследовании. Последнее можно объяснить, вероятно, более совершенной диагностикой негонекокковых уретритов, а именно хламидийной инфекции и своевременностью лечения ее. В первом исследовании нами были определены достоверно значимые ФР Уреа, связанные с мочеполовой инфекцией, вычислены их ОР и вклад в развитие Уреа: ФР простатита (ОР – 8,3, вклад – 22%), ФР урогенитальной инфекции у половых партнеров больных НГУ (УИПП ОР – 12,1, вклад – 2,8%), ФР длительности негонекокковых уретритов более 3-х лет (ОР – 3,4, вклад – 6%), ФР перенесенной гонорее в анамнезе (ОР – 2,9, вклад – 7,3%), ФР хламидийной инфекции (ОР – 2,3, вклад – 5,9%), ФР нерегулярного лечения уретрита (ОР – 1,8, вклад – 2,6%). При повторном исследовании выяснено, что ФР простатита по-прежнему занимает одно из ведущих мест (ОР – 10,8, вклад – 20%), что доказывает его основную роль в патогенезе Уреа, это подтверждается и литературными данными. Обращает внимание, что значительно увеличилось влияние ФР длительности уретрита (ОР возрос до 22,5, вклад – до 24%), что отражает значимость хронизации урогенитальной инфекции для развития Уреа. Увеличилось значение ФР нерегулярного лечения мочеполовой инфекции (ОР – 8,0, вклад – 9%). Последние 2 ФР находятся в тесной взаимосвязи с ФР простатита. Увеличились ОР и вклад ФР хламидийной инфекции (ОР – 5,9, вклад – 4,4%), это по-видимому обусловлено совершенствованием диагностики уреаза хламидиоза на современном этапе. Что касается ФР гонорее в анамнезе, то выяснено, что

уменьшились его ОР и вклад (1,4 и 3,2% соответственно), последнее подтверждает литературные данные о снижении удельного веса гонорее в структуре ЗППП. Неоднозначное изменение претерпел ФР УИПП: его ОР уменьшился в 5 раз до 2,2, что может указывать на совершенствование диагностики и лечения урогенитальной инфекции у них. Увеличение вклада указанного фактора до 6% лишний раз подтверждает его взаимосвязь с ФР хронизации инфекции у лиц, страдающих негонекокковыми уретритами и их влияние на возникновение суставного синдрома. Обращает внимание, что появился новый ФР-сочетанная – микстинфекция (ОР – 1,3 вклад – 10,9%). Последнее подтверждается литературными данными об увеличении сочетанных урогенитальных инфекций в современной структуре ЗППП. Вероятно, можно предположить, что увеличение микстинфекции в современной популяции больных негонекокковыми уретритами в сочетании с нерегулярным лечением ее способствует хронизации процесса и увеличивает риск развития Уреа.

Таким образом, проведенное проспективное исследование популяции больных негонекокковыми уретритами выявило, что удельный вес лиц с Уреа среди них остается по-прежнему высоким. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения ЗППП, сохраняется высоким для развития суставного синдрома риск таких факторов, как хронизация мочеполовой инфекции, нерегулярность её лечения, которые, вероятно, возможно объяснить увеличением микстинфекции в современной структуре негонекокковых уретритов. Вклад ФР простатита в развитие Уреа по-прежнему остается ведущим, что подтверждается и литературными данными. Полученные результаты требуют дальнейшего изучения.

© МАСЛОВА Е.С., ГОРЯЕВ Ю.А., БЕЛЕНЬКИЙ А.Г., ЗЛОБИНА Т.И. –

УДК 612.72-001.7

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

Е.С. Маслова, Ю.А. Горяев, А.Г. Беленький, Т.И. Злобина.

(Иркутский государственный медицинский университет,
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва)

Заболевания суставов представляют серьезную проблему для современного общества. От 30 до 50% взрослого населения России предъявляют жалобы со стороны опорно-двигательного аппарата. Если учесть, что распространенность воспалительных заболеваний суставов составляет 1,5-2%, то становится ясным, что основная часть патологии, в том числе и у молодых людей, обусловлена невоспалительными заболеваниями суставов. В эту группу входит синдром гипермобильности суставов (СГМС). СГМС – это сочетание повышенной подвижности суставов с признаками поражения опорно-двигательного аппарата при от-

сутствии другой патологии суставной и мышечной систем организма (J.H. Kirk, 1967). До настоящего времени не ясны частота и выраженность симптоматики в различных возрастных группах населения России

Цель работы: изучение влияния возраста на клиническую картину СГМС в различные периоды жизни (от 16 до 50 лет).

Материалы и методы

Всего в исследование включено 326 больных. В основную группу вошли 163 больных с СГМС, активно обратившихся в ревматологический центр. Диагноз СГМС выставляли на основании