

Информация об авторах: 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», кафедра общей хирургии, тел. (3952) 228829, e-mail: BVA555@yandex.ru, Пинский Семён Борисович – профессор, д.м.н., Белобородов Владимир Анатольевич – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.

© АСНЕР Т.В. – 2010

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА УРОГЕННОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В ГРУППЕ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ

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. В статье по данным сравнительных исследований, выполненных с интервалом в более чем 15 лет, проведено изучение особенностей дебюта урогенных реактивных артритов в группе больных негонекокковыми уретритами. Сделан вывод о том, что в целом дебюты протекают в настоящее время аналогично.

Ключевые слова: реактивные артриты, негонекокковые уретриты, клиника, современные аспекты, дебют заболевания.

MODERN FEATURES OF DEBUT OF UROGENIC REACTIVE ARTHRITIS IN GROUP OF NON-GONOCOCCAL URETHRITIS

T.V. Asner

(Irkutsk State Medical University)

Summary. In article modern data of debuts and clinical picture of urogenic reactive arthritis in group of non-gonococcal urethritis is presented.

Key words: reactive arthritis, clinical picture, modern aspects, debut of disease, non-gonococcal urethritis.

Проблема реактивных артритов (РеА) сохраняет свою актуальность в связи с высокой распространённостью в популяции заболеваний, передающихся половым путём (в частности – негонекокковых уретритов), и кишечных инфекций.

Заболеваемость реактивными артритом в нашей стране на протяжении последних лет остается достаточно высокой. По данным официальной государственной статистики Минздрава РФ, с 1999 по 2005 год абсолютная заболеваемость ими возросла с 43,0 до 50,0 на 100 тыс., увеличившись с впервые установленным диагнозом с 18,0 до 19,0 на 100 тыс. населения (Фоломеева О.М. и соавт., 2007).

В последние годы отмечается изменение особенностей клиники РеА. В связи с этим целью нашего исследования стало изучение особенностей клинического течения дебюта урогенного РеА на современном этапе.

Материалы и методы

Проведено изучение особенностей дебюта урогенного РеА у больных, которые наблюдались нами в 1982-1984 годах, – группа 1 (n=24) и у больных, которые наблюдались нами в 1999-2001 годах, – группа 2 (n=6). Больные дали добровольное информированное согласие на участие в работе.

Подбор больных осуществлялся на базе Иркутского городского ревматологического центра МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска», кожно-венерологического диспансера г. Иркутска и Центра урогенитальных инфекций Иркутского государственного медицинского университета.

Диагноз НГУ выставлялся согласно критериям ВОЗ (1984): жалобы на выделения из уретры, жжение при мочеиспускании или зуд в дистальном участке уретры. При этом у всех больных отсутствовало инфицирование *N. gonorrhoeae*.

Диагноз урогенного РеА выставлялся по критериям Американской ревматологической ассоциации: серонегативный асимметричный артрит, уретрит или цервицит; воспалительные изменения глаз; поражения кожи и слизистых.

Работа выполнялась с использованием стереотипной анкеты, содержащей сведения социально-

демографического характера (пол, возраст, социальный статус), а также клинического (характер суставного синдрома, поражения мягких тканей и т.д.), лабораторного и инструментального исследований.

Данные представлялись в виде абсолютных и относительных величин (последние с 95% доверительными интервалами – ДИ). Учитывая малый объём выборки во 2-й группе, для оценки ДИ использовалась поправка Йейтса. Для оценки различий применялся z-критерий. Критический уровень значимости при проверке гипотез – $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний срок артрита в 1-ой группе составил – 4,1 месяца, во 2-ой – 3,4 ($p>0,05$).

Установлено, что в целом клиническая картина дебюта урогенных РеА как в 1, так и во 2 группах схожа по суставным проявлениям (табл. 1), но имеются и некоторые различия, касающиеся внесуставных признаков (табл. 2). В большинстве случаев в обеих группах дебют заболевания был представлен полной триадой или тетрадой признаков, включая наличие глазного и/или кожного синдрома, что указывает на полиморфизм клинической картины урогенного РеА у больных негонекокковыми уретритами, который сохраняется в динамике.

Поражения глаз в дебюте были представлены, как правило, конъюнктивитом, эписклеритом, но никогда не было увеита. Кожные проявления представлены преимущественно циркулярным баланитом, в меньшей степени подногтевым гиперкератозом, гиперкератозом подошв.

Обращает внимание, что в 1 исследовании (табл. 2) значительно реже были поражения внутренних органов, чем во 2, в частности, вовлечение сердца (12,5% и 100%, соответственно) и подмышечные лимфаденопатии (12,5% и 66,6%, соответственно).

Патологические изменения в сердце были представлены чаще всего синусовой тахикардией, экстрасистолией, преимущественно суправентрикулярной, неприятными ощущениями в области сердца, изменениями на ЭКГ в виде уплощения зубца Т в левых грудных отведениях, неполной блокадой правой ножки пучка Гиса.

Таблица 1

Клиническая характеристика суставного синдрома у больных урогенными РеА, выявленными в дебюте болезни

Симптомы	Группы больных				p
	1 (n=24)		2 (n=6)		
	абс., чел.	относит., % [95% ДИ]	абс., чел.	относит., % [95% ДИ]	
Моноартикулярное поражение суставов	4	16,6 [4,7-33,7]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05
Олигоартикулярное поражение суставов	12	50,0 [30,0-70,0]	4	66,6 [18,8-97,8]	>0,05
Полиартикулярное поражение суставов	5	20,8 [7,3-38,9]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05
Подпяточный и ахиллобурсит в сочетании с артритом	6	25,0 [4,7-33,7]	-	-	>0,05
Подошвенный фасцит в сочетании с артритом	6	25,0 [7,7-42,3]	-	-	>0,05
Лестничное поражение суставов	10	41,6 [21,9-61,3]	1	16,6 [1,2-40,7]	0,492
Сосискообразная деформация пальцев стоп	4	16,6 [4,7-33,7]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05
Поражение коленных суставов	13	54,2 [34,3-74,1]	6	100 [59,3-100,0]	0,108
Поражение голеностопных суставов	3	12,5 [4,7-33,7]	3	50,0 [2,2-81,2]	0,138
Поражение тазобедренных суставов	1	4,2 [2,6-28,3]	0	-	>0,05
Мелкие суставы кистей асимметричное поражение	2	8,3 [0,8-22,3]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05
Мелкие суставы стоп асимметричное поражение	3	12,5 [4,7-33,7]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05
Локтевые суставы	3	12,5 [4,7-33,7]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05
Боли в мышцах	8	33,3 [14,4-52,2]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05
Атрофия мышц	1	4,2 [2,6-28,3]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05
Сacroилеит клинический	10	41,6 [21,9-61,3]	2	33,3 [0-59,6]	>0,05
в т.ч. односторонний	10	41,6 [21,9-61,3]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05
в т.ч. двусторонний	0	0 [0,0-3,9]	1	16,6 [1,2-40,7]	
Подтверждение рентгенологически в том числе:	11(16)	68,8 [50,3-87,3]	1(3)	33,3 [0-59,6]	> 0,05
-односторонний	9 (16)	56,3 [4,7-33,7]	1(3)	33,3 [0-59,6]	> 0,05
-двусторонний	2 (16)	12,5 [4,7-33,7]	-	-	> 0,05
Дорсалгии в пояснично-крестцовом отделе позвоночника	15	62,5 [43,1-81,9]	4	66,6 [18,8-97,8]	>0,05
В грудном отделе	-	-	1	16,6 [1,2-40,7]	
Изолированный сacroилеит, подтвержден рентгенологически	2	8,3 [0,8-22,3]	-	-	>0,05
Изолированное поражение параартикулярных тканей	1	4,2 [0,0-15,6]	-	-	>0,05

Исходя из представленной клинической картины как в 1, так и во 2 исследованиях, можем говорить о клинических особенностях дебюта урогенных реактивных артритов, выявленных в группе повышенного риска.

Дебют урогенных артритов, выявленных у больных НГУ, не является сложным в диагностическом плане. Чаще он проявляется полной триадой или тетрадой признаков, включая кожный и глазной синдромы.

Преимущественно поражаются суставы ног, в первую очередь коленные и голеностопные. Примерно у 1/5 больных могут вовлекаться мелкие суставы стоп и кистей, но это всегда асимметричное вовлечение, как правило, осевых суставов, что придает им характерный вид "сосиски" или псевдоподагрического пальца (при поражении первого пальца стопы). Изредка, примерно у 1/6 части больных вовлекаются средние суставы рук – локтевые, иногда симметрично, по типу периаартрита. Крайне редко вовлекаются тазобедренные суставы.

Примерно у трети больных возникают мышечные боли и у 4-16% больных мышечные атрофии. Характерным является и то, что мышечные атрофии, даже при нерезко выраженном синовите и относительно сохраненной функции суставов, наступают довольно рано.

Более чем у трети (41-33%) больных уже в дебюте возникает сacroилеит, как правило, односторонний, встречается и двусторонний. Характерным является то, что уже в сроки заболевания до 6 месяцев он подтверждается рентгенологически. Вероятнее всего, это зависит от длительности уретрита. Так в 1 исследовании, когда длительность уретрита в среднем была более двух лет и значительно превышала таковую во 2 исследовании (в среднем – 11,8 мес.), сacroилеит подтверждался рентгенологически в 50% случаев. По-видимому, длительный воспалительный процесс в мочеполовом тракте приводит к изменениям в сacroилеальных сочленениях, которые зачастую не проявляют себя клинически, хотя больные испытывают болезненные ощущения в крестце, но не обращаются по поводу болей, снимая их самостоятельно.

Дорсалгии в пояснично-крестцовом отделе позвоночника выявлены более чем у 60% больных в дебюте урогенного РеА.

Суставному синдрому в обоих исследованиях чаще всего предшествовал уретрит хламидийной этиологии (54,1% и 66,6%, соответственно), включая и микст-уретрит в сочетании с уреаплазмами и трихомонадной инфекцией. Во 2 исследовании микст-инфекция наблюдалась несколько чаще, что отображает в целом тенденцию современных уретритов, среди которых смешанная хламидийная инфекция встречается чаще, чем это было 15 лет назад и является фактором риска этого заболевания.

В дебюте суставного синдрома значимо реже ($p < 0,05$), чем у больных с затяжным и хроническим течением артрита выявлялись изолированный урогенитальный хламидиоз и простатит, средняя продолжительность уретрита была меньше.

Начало заболевания чаще постепенное, острое встречалось примерно в трети случаев. Для острого начала больше характерен полиартикулярный тип вовлечения суставов, полная триада или тетрада, асимметричное вовлечение мелких суставов стоп и кистей, поражение внутренних органов. Приводим пример подобного острого дебюта заболевания.

Больной П., 28 л., обратился в кожно-венерологический диспансер в сентябре 1999 г. с жалобами на светлые выделения из уретры, чувство легкого жжения при мочеиспускании, появились после связи с новым половым партнером. При обследовании методом прямой имму-

Таблица 2

Клиническая картина внесуставных проявлений у больных урогенными РеА, выявленных в дебюте болезни

Симптомы	Группы больных				p
	1 (n=24)		2 (n=6)		
	абс., чел.	относит.,% [95% ДИ]	абс., чел.	относит., % [95% ДИ]	
Поражение сердечно-сосудистой системы	3	12,5 [4,7-33,7]	6	100 [59,3-100,0]	<0,001
Лимфаденопатия	3	12,5 [4,7-33,7]	4	66,6 [18,8-97,8]	0,024
Поражение глаз: - конъюнктивит	6	25,0 [7,7-42,3]	2	33,3 [0-59,6]	>0,05
-эписклерит	1	4,2 [2,6-28,3]	-	9,2 [9,0-22,6]	>0,05
-увеит	-	-	1	16,6 [1,2-40,7]	
Поражение кожи	10	41,7 [21,9-61,3]	4	66,6 [18,8-97,8]	>0,05
Цирцинарный баланит	1	4,2 [2,6-28,3]	-	9,2 [9,0-22,6]	
Подногтевой гиперкератоз	5	20,8 [7,3-38,9]	2	33,3 [0-59,6]	>0,05
Гиперкератоз подошв	4	16,6 [4,7-33,7]	-	0 [0,0-40,7]	>0,05
Начало заболевания острое, лихорадка	8	33,3 [14,4-52,2]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05
Начало заболевания постепенное	16	66,6 [47,7-85,5]	5	83,3 [40,4-100,0]	>0,05
Полная триада или тетрада признаков	15	62,5 [43,1-81,9]	5	83,3 [40,4-100,0]	>0,05
Неполная триада или тетрада признаков	9	37,5 [19,9-59,1]	1	16,6 [1,2-40,7]	>0,05

нофлюоресценции выявлен урогенитальный хламидиоз, назначена антибактериальная терапия. На фоне антибактериальной терапии через 2 недели от начала уретрита появились боли и припухлость в левом голеностопном суставе, боли носили преимущественно нагрузочный ритм, через несколько дней присоединились боли и припухлость в коленных суставах, затем в лучезапястных, в межфаланговом суставе 4 пальца правой стопы, в проксимальном межфаланговом суставе 3 пальца правой кисти. В них ритм болей носил преимущественно нагрузочный характер, скованности по утрам не было. Одновременно с суставным синдромом появилась лихорадка, вначале субфебрильная, затем достигала фебрильных значений. Через несколько дней стали появляться боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, чуть позже – в шейном и грудном; в грудном – иногда ночью. Почти одновременно с суставным синдромом появились зуд, рези в глазах, слизисто-гнойные отделяемые по утрам, покраснение век. Отмечает, что рецидивирующий конъюнктивит был в детстве, чем лечился – не помнит.

При осмотре: походка слегка изменена из-за болезненности в левом голеностопном, коленных суставах. Нерезко выраженная припухлость в левом голеностопном, коленных, проксимальном межфаланговом суставах 3 пальца правой кисти, болезненность их при пальпации, небольшое ограничение подвижности в этих суставах. Атрофия бедренных мышц с обеих сторон. Болезненность по ходу остистых отростков в пояснич-

ном и нижнегрудном отделах позвоночного столба, положительные симптомы Кушелевского-1, 3 с обеих сторон. Увеличение и небольшая болезненность подмышечных лимфоузлов с обеих сторон. В сердце: снижение звучности I тона на верхушке, синусовая тахикардия, не соответствующая лихорадке. Гиперемия век, в углах глаз патологические выделения.

Дополнительные обследования: в анализе крови – увеличенная СОЭ до 28 мм/ч, в остальном – без изменений, СРБ 4+, ревматоидный фактор в латекс-тесте и реакции Ваалер-Роузе отрицателен. В анализе мочи – изменений нет. Исследована иммунограмма, в которой выявлено: недостаточности бактерицидности фагоцитов и синтеза Ig A; реактивное усиление антителообразования за счет Ig G. Рентгенологических признаков сакроилеита – нет, рентгенограммы стоп и кистей патологических изменений не выявили. При осмотре уролога выявлены признаки простатита, цирцинарного баланита. Осмотр окулиста: катаральный конъюнктивит. Сопутствующее заболевание: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, фаза ремиссии.

Проведено лечение в ревматологическом отделении, где больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты под прикрытием ингибиторов протонной помпы; внутрисуставно глюкокортикостероиды; физиопроцедуры, ЛФК, массаж, проведен курс антибиотикотерапии (азитромицин – по 1,0 с интервалом в 7 дней (1, 7, 14 дни); затем в связи с сохраняющимися признаками уретрита – доксициклин по 0,2 г. в день на 3 недели). Лечение протекало с переменным успехом, атака затянулась более чем на 6 месяцев с вовлечением новых суставов. В связи с затянувшейся атакой в качестве препаратов 2 ряда был назначен сульфасалазин по 2,0 в сутки, на который у больного возникли диспепсические расстройства, появилась лихорадка, препарат был отменен. Другие препараты 2 ряда не назначались из-за опасности побочных эффектов, учитывая, что все они обладают цитостатическим эффектом, а у больного имел место иммунодефицит – снижение Ig A; учитывалось также то, что четко разработанных методов применения так называемой базисной терапии для урогенного РеА нет.

Данный случай показателен как пример острого постхламидийного РеА на фоне иммунодефицита – снижения Ig A, вероятно, обусловленного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, урогенные РеА в группе больных негонококковыми уретритами в настоящее время имеют аналогичную клиническую картину дебюта, однако частота вовлечения внутренних органов оказывается несколько меньшей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р., Сидельникова С.М., Шубин С.В. Диагностика и лечение урогенных артритов: Метод. рекомендации / Под ред. В. А. Насоновой. – М.: Минздрав СССР, 1984. – 22 с.

2. Аснер Т.В., Калягин А.Н. Современные аспекты урогенных реактивных артритов (эпидемиология, патогенез и клиника). // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 92. №1. – С.133-136.

3. Бельгов А.Ю. Реактивные артриты: диагностика и лечение // Лечебное дело. – 2009. – №2. – С.45-53.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, тел. (3952) 229933, Аснер Татьяна Викторовна – доцент, к.м.н.