

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

критериев Mishra (1996). Контрольную группу, также из 163 человек, составили лица, активно не обращавшиеся за медицинской помощью (персонал клиники, студенты университета) с отсутствием признаков гипермобильности суставов. Основная и контрольная группы были разделены на 4 возрастные группы, сопоставимые по возрастному и половому составу. Статистическую достоверность полученных результатов оценивали по критерию χ^2 , точному критерию Фишера, коэффициенту корреляции Пирсона.

Результаты и обсуждение

Ведущим симптомом СГМС в основной группе были артралгии, которые имели место в 88% случаев и у 25% – в контрольной. Достоверных возрастных отличий по частоте артралгий при СГМС не выявлено ($p=0,63$). Это дает основание считать, что артралгии являются основным клиническим проявлением СГМС независимо от возраста. Однако в различные периоды жизни локализация и характер болей в суставах меняется: в молодом возрасте преобладают полиартралгии в гипермобильных суставах, в старшем возрасте – достоверно чаще присутствуют олиго- и моноартралгии в коленных суставах механического ритма ($p<0,05$).

На момент осмотра и в анамнезе изучена частота рецидивирующих подвывихов, которые наблюдались в 24% случаев СГМС и в 2% – в контрольной ($p<0,05$). Рецидивирующие подвывихи достоверно чаще дебютируют у больных с СГМС в возрасте до 20 (67%) лет, чем после 20 (33%) ($p<0,05$).

Изучена частота рентгенологических признаков остеоартроза в коленных суставах в основной (26%) и контрольной (7%) группах. Возрастной анализ данной патологии внутри группы СГМС показал нарастание частоты рентгенологических изменений у больных старше 40 лет ($p<0,05$).

Поражения околосуставных мягких тканей (МТП) обнаруживались в 60% случаев с СГМС и в 15% – у контрольной группы ($p<0,05$). Частота анзеринового тендобурсита, ахиллодинии, талалгии и множественных поражений мягких тканей при СГМС была выше, чем в контроле ($p<0,05$). При проведении анализа поражения околосуставных мягких тканей внутри группы СГМС было установлено, что поражения мягких тканей являются характерным проявлением СГМС в любом возрасте, однако наиболее типичен этот вид патологии для больных старших возрастных групп за счет нарастания частоты плече-лопаточного пери-

артрита, анзеринового тендобурсита, множественных поражений мягких тканей, тендинитов сгибателей пальцев кистей ($p<0,05$). Все изучаемые мягкотканые поражения при СГМС имели связь со степенью гипермобильности суставов ($i=0,72$).

Патология сердца включала расширение луковицы аорты, пролапсы (комбинированный и изолированный) клапанов сердца, систолический прогиб митрального клапана, миксоматозную дегенерацию створок митрального клапана, ложные хорды левого желудочка. Достоверную связь с СГМС из всех рассматриваемых признаков дисплазии соединительной ткани сердца имела патология митрального клапана ($p<0,05$). Частота пролапса митрального клапана (ПМК) у больных с СГМС составила 16%, а в контроле – 2,5%. С возрастом частота поражения мягких тканей в группе СГМС достоверно уменьшается ($p=0,005$), при отсутствии такой динамики в группе контроля ($p=0,437$).

Нефроптоз наблюдался в 37% случаев с СГМС и в 8% – в контрольной группе ($p<0,001$), с возрастом частота нефроптоза достоверно не меняется.

Опущение матки было выявлено в 8% случаев с СГМС, и в контрольной – в 1% ($p=0,005$). Данная патология является характерным внесуставным проявлением СГМС для больных женщин старших возрастных групп 30-50 лет ($p<0,05$).

Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) выявлена в 25% случаев с СГМС, и в 9% – в контрольной ($p=0,0001$). Достоверное увеличение частоты варикозной болезни нижних конечностей наблюдалось у больных с СГМС в возрасте старше 30 лет. В группах 30-50 лет частота её составляла более 50%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о клинической гетерогенности СГМС у больных разных возрастных групп.

Артралгия является типичным клиническим проявлением СГМС во всех возрастных группах. Мягкотканые ревматические поражения, варикозная болезнь нижних конечностей и опущение матки, достоверно преобладают у больных СГМС в возрасте после 30 и старше. Пролапс митрального клапана достоверно чаще встречается в возрасте 16-20 (28%) лет как в сравнении с больными с СГМС старших возрастных групп (6,5%), так и со здоровыми лицами (2,5%). Нефроптоз имеет достоверную связь с СГМС, но не имеет возрастной динамики внутри группы.

© ГЭРЭЛ Б., ЛХАГВАСУРЭН Ц., КИРДЕЙ Е.Г. –
УДК 616.441-006.5

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Б. Гэрэл, Ц. Ахагвасурэн, Е.Г. Кирдей.

(Монгольский государственный медицинский университет,
Иркутский государственный медицинский университет)