

3. Nekrasov V.A. Left and right types of people. Description open: «The phenomenon of the separation of people (and other organisms) on the left and right according to the morphological characteristics»: monograph. – M., 2014. – P. 82.

4. Nekrasov V.A. The form field, biospheric pathogenic areas and human health. – M.: Triada. – P. 144.

5. Nikulin A.V. Regularities of manifestation and meaning of leftism and rightism in plants of the genus BETA L. Author's abstract of Doctor of Philosophy and Medicine. – M., 1987. – P. 32.

6. Sulima Yu.G. Some aspects biomagnetic reaction of photosymmetric objects. Abstracts 2 zonal Symposium on bionics. – Minsk, 1967. – P. 90-93.

7. Urmantsev Yu.A. About the properties of D- and L-modifications of biological objects // The successes of modern biology. – 1966. – Vol. 111, № 3. – P. 374-389.

8. Urmantsev Yu.A. Symmetry in nature and nature of symmetry: monograph. – M.: Kom. Kniga, 2006 – P. 228.

9. Khismatullina Yu.R. Symmetry, asymmetry and dissymmetry in the structure and development of living matter. Author's abstract of Doctor of Philosophy and Medicine. – Saratov. – 2005. – P. 24.

Координаты для связи с авторами: Добрых Вячеслав Анатольевич – зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ДВГМУ, тел. +7-914-203-36-90, e-mail: sdobrykh@yandex.ru; Мамровская Татьяна Петровна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. +7-924-203-66-15, e-mail: tmamrovskaya@yandex.ru; Тен Татьяна Климентьевна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. +7-914-214-25-97, e-mail: tetakl2012@yandex.ru; Уварова Ирина Владимировна – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. 8-(4212)-32-83-46; Макаревич Андрей Михайлович – начальник пульмонологического отделения ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, тел. +7-914-181-68-88, e-mail: makar-kha@yandex.ru; Дьяченко Ольга Александровна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ДВГМУ, тел. +7-914-414-38-53, e-mail: medical89@mail.ru; Чепель Татьяна Владимировна – профессор кафедры социальной педиатрии ДВГМУ, тел. +7-962-225-87-02, e-mail: tvchepel@mail.ru; Ю Ксения Валерьевна – врач пульмонологического отделения ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, тел. +7-962-585-20-70; Сыроед Татьяна Николаевна – врач пульмонологического отделения ФГКУ «301 ВКГ» МО РФ, тел. +7-914-541-45-16, e-mail: tata 4516@mail.ru; Онищенко Ирина Витальевна – зав. пульмонологическим отделением Городской клинической больницы № 10, тел. +7-924-303-23-77, e-mail: bolkunova@mail.ru; Бондаренко Оксана Александровна – врач пульмонологического отделения Городской клинической больницы № 10, тел. +7-924-206-92-82, e-mail: soxx35@mail.ru.



УДК 616.72-002-038:616.6-002]-053.81-055.1-07-08:001.89

Н.В. Воронина¹, С.Н. Тушко², Н.П. Слуцкая¹, О.С. Федунова¹, Е.С. Попова²

ТЕЧЕНИЕ УРОГЕННЫХ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,

680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²301 Военный клинический госпиталь, 680028, ул. Серышева, 1, тел. 8-(4212)-39-56-00, г. Хабаровск

Резюме

В статье дан анализ клиники реактивного урогенного артрита (РеА) у мужчин молодого возраста с синдромом гипермобильности суставов. Обследовано 96 мужчин в возрасте от 18 до 23 лет с урогенитальным хламидиозом и РеА, из них 28 больных имели признаки синдрома гипермобильности суставов и 86 больных без указанного синдрома. Установлено, что развитие РеА у больных с синдромом гипермобильности суставов сопровождается высокой активностью и удлинением периода выздоровления (до 6 месяцев), в отличие больных группы сравнения. У больных с синдромом гипермобильности суставов отмечалась высокая активность артрита, в 8 раз чаще наблюдали рецидивирование синовитов, в 3 раза чаще использовали кортикостероиды, чем в группе больных без синдрома гипермобильности суставов. Синдром гипермобильности суставов является фактором риска затяжного течения реактивного артрита.

Ключевые слова: молодые мужчины, урогенитальный реактивный артрит, синдром гипермобильности суставов.

URINOGENOUS REACTIVE ARTHRITIS IN YOUNG MEN JOINT HYPERMOBILITY SYNDROME

¹Far eastern state medical university;

²Military Clinical Hospital № 301, Khabarovsk

Summary

The article analyzes urinogenous reactive arthritis clinics (ReA) in young men with joint hypermobility syndrome. The study involved 96 men aged 18 to 23 years with urogenital chlamydiosis and reactive arthritis, of which 28 patients had evidence of joint hypermobility syndrome and 86 patients without this syndrome. It is established that patients with ReA develop joint hypermobility syndrome associated with high activity and elongation recovery period (up to 6 months), in contrast to the control group of patients. In patients with joint hypermobility syndrome there is a high activity of arthritis, 8 times more likely to have seen a recurrence of synovitis, 3 times more likely to use corticosteroids than in patients without joint hypermobility syndrome. Joint hypermobility syndrome is a risk factor for prolonged course of reactive arthritis.

Key words: young men, urinogenous reactive arthritis, joint hypermobility syndrome.

Реактивные артриты (РеА) относят к группе серонегативных спондилоартритов (СПА), в этиопатогенезе которых решающее значение придают острой урогенитальной или кишечной инфекциям определенными микроорганизмами, при этом диагноз должен подтверждаться лабораторными данными. Своевременная диагностика реактивных артритов у лиц молодого возраста имеет значение, особенно у военнослужащих по призыву, так как в 100 % случаев требуется госпитализация и дополнительные экономические затраты на восстановление в строй военнослужащих.

Распространенность РеА в 2015 году по обращаемости в лечебные учреждения составляет 43-44 на 100 тыс. взрослого населения. Среди стационарных пациентов со СПА в 33 % случаев имела место хламидийная инфекция (преимущественно у лиц мужского пола в возрасте от 17 до 20 лет), в то время как кишечная инфекция выявлялась только у 5 % больных [1].

Материалы и методы

Исследования проводились в 301 ОВКГ на клинической базе кафедры терапии ФПК и ППС Дальневосточного государственного медицинского университета. В исследование были включены 96 молодых мужчин в возрасте от 18 до 23 лет, военнослужащих по призыву, с клиникой урогенного РеА. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа больных (28 чел.) – с признаками СГС, 2-я группа (68 чел.) – без признаков СГС.

Для установления «определенного» диагноза РеА использовали российские рекомендации (2003): наличие двух «больших» и одного «малого» критерия (лабораторное подтверждение триггерных инфекций). Использовали набор для выявления ДНК *Chlamydia trachomatis* методом полимеразной цепной реакции: «АмплиСенс *Chlamydia trachomatis*-330p/ВКО-630»; набор реагентов для иммуноферментного выявления видоспецифических иммуноглобулинов класса А и G: (D-1968 ХламиБест С. *trachomatis*-IgA, D-1964 ХламиБест С. *trachomatis*-IgG-стрип).

При установлении «определенного» синдрома гипермобильности суставов использовали Брайтонские критерии, модифицированные Грехемом в 2009, в которых отмечается, что необходимо 2 «больших» критерия и 1 «малый». Объем движений оценивали по 9-балльной шкале Бейтона [4].

Несомненного внимания заслуживают данные о вариабельном периоде выздоровления у этой категории больных. При неосложненном течении РеА у 50 % больных выздоровление отмечают в течение 6 месяцев, у 15 % больных – до 1 года. Проспективное наблюдение за больными РеА свидетельствует, что у 2-18 % развивается хронический артрит, у 14-49 % сакроилеит, у 12-16 % анкилозирующий спондилит [1-3].

При ревматических заболеваниях течение заболевания может зависеть от исходного состояния суставного аппарата, наличием или отсутствием синдрома гипермобильности суставов (СГС). Особенности СГС могут создавать трудности в дифференциальной диагностике РеА, поэтому, изучение клинической картины урогенитальных реактивных артритов на фоне СГС у молодых мужчин является весьма актуальным.

Цель исследования: выявить особенности течения урогенных реактивных артритов на фоне синдрома гипермобильности суставов (СГС) у молодых мужчин.

Всем пациентам с клиникой уретритов проводили исследование (соскобы эпителия уретры) на наличие хламидийной, микоплазменной или уреоплазменной инфекции методом ПЦР, при отрицательном результате – методом иммуноферментного выявления видоспецифических иммуноглобулинов с определением титров IgG+IgA или IgM. Активность воспалительного процесса оценивали на основании силы боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), уровне СОЭ. Для выявления структурных изменений суставного аппарата проводили рентгенографию суставов и позвоночника; при наличии признаков сакроилеита – компьютерную томографию крестцово-подвздошных сочленений.

Критерии исключения больных из исследования: наличие у больных инфекционных заболеваний, заболеваний почек, печени, кишечника, иных ревматических заболеваний, хронической инфекции вирусным гепатитом В, С и ВИЧ. В случае выявления урогенитальной инфекции все пациенты получали доксицилин в средних терапевтических дозах длительностью от 30 до 40 дней с последующим микробиологическим контролем через 14 дней после окончания терапии. С противовоспалительной целью и контроле боли назначали длительно до 3-4 месяцев НПВС: диклофенак (200 мг/сут.) или нимесулид (200 мг/сут.), а также использовали локальные физиотерапевтические

методы лечения. В случае длительно сохраняющегося синовита более 1 месяца (более 30 дней) назначали метилпреднизолон (мини-пульс) по 250 мг в/в кап. трехкратно с последующим пероральным приемом преднизолона 30 мг/сутки до 2 месяцев.

Результаты и обсуждение

Анализ клинической характеристики больных с РеА показал, что у всех обследуемых больных дебют РеА был четко хронологически связан с клинически выраженной и диагностированной урологом урогенитальной инфекцией *Chlamydia trachomatis*. В группе с СГС в анамнезе у больных с детского возраста наблюдались артралгии после физических нагрузок до развития РеА, что не отмечалось в группе сравнения. При этом суставная боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) составляла – $6,5 \pm 2,4$, а длительность артралгий после физических нагрузок до 5-7 дней.

Как известно, клинически СГС характеризуется мышечно-суставной болью у лиц с избыточным объемом движений в суставах при отсутствии признаков других ревматических заболеваний. Повышенная чувствительность соединительно-тканых структур к механической нагрузке, приводит к микротравматизации околосуставных тканей и нередко к осложнениям (тендиниты, бурситы, вывихи) [4].

Из таблицы 1 следует, что клинические проявления РеА как в группе больных без СГС, так и с СГС, характеризовались наиболее частым развитием полиартрита нижних конечностей (3 и более суставов) и ахиллобурситом. В группе с СГС полиартрит нижних конечностей в 9 раз чаще сочетался с вовлечением суставов верхних конечностей, более частым развитием ахиллобурсита (в 2 раза) и энтезопатий суставов верхних конечностей (в 3 раза), чем в группе без СГС. Признаки одностороннего сакроилеита, по данным рентгенографии и компьютерной томографии, наблюдали в равной степени одинаково в обеих группах. Внесуставные проявления в виде уретрита и конъюнктивита манифестировали яркой клиникой картиной и их частота в сравниваемых группах не отличалась.

Из таблицы 2 видно, что отмечалась особенность в динамике клинических и лабораторных проявлений у больных разных групп. В группе больных с СГС сила боли по шкале ВАШ, как и повышение СОЭ были достоверно более выражены, чем в группе без СГС. Динамика болевого синдрома по ВАШ и уровень СОЭ у больных с СГС была достоверно менее выраженной, чем в группе сравнения.

Более длительное сохранение активности суставного синдрома, рецидивирование синовитов при отмене НПВС наблюдалось у всех больных с СГС и только у 12,8 % больных без СГС. При этом следует отметить, что только в группе больных с СГС отмечалось сохранение артралгий до 6-ти месяцев при нормализации СОЭ. При сохранении выраженного синовита более 1 месяца, отсутствии эффекта от комбинации антибиотиков и НПВП, выраженной клинико-лабораторной активности процесса, больным назначали глюкокортикостероиды в 3 раза чаще в группе с СГС, чем в группе без СГС [5]. Таким образом, можно считать, что СГС является фактором риска более тяжелого и затяжного течения РеА.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ статистика 6. Для сравнения двух независимых групп по количественному признаку использовали критерий Стьюдента (t).

Таблица 1

Клиническая характеристика больных урогенным РеА

Признаки	Больные РеА без ГМС (n=86 чел.)	Больные РеА с ГМС (n=28 чел.)
Развитие несимметричного артрита преимущественно нижних конечностей в течение 1 месяца после урогенной инфекции	86 (100)	28 (100 %)
Положительный тест на <i>Chlamydia trachomatis</i>	86 (100)	28 (100 %)
Артралгии после физических нагрузок до развития РеА / сила боли по ВАШ (мм)	–	28 (100 %) $60,5 \pm 21,4$
Моноартрит коленных суставов	5 (5,8 %)	2 (7,1 %)
Моноартрит голеностопного сустава	2 (2,3 %)	–
Олигоартрит голеностопных суставов	4 (4,6 %)	–
Олигоартрит коленных суставов	2 (2,3 %)	–
Полиартрит нижних конечностей (3 и более суставов)	45 (52, %)	28 (100 %)*
Полиартрит нижних и верхних конечностей	9 (10,4 %)	26 (92,8 %)*
Сакроилеит по данным рентгенографии и компьютерной томографии	односторонний 9 (10,4 %)	односторонний 3 (10,7 %)
Ахиллобурсит	35 (40,7 %)	22 (78,6 %)*
Другие энтезопатии	–	10 (35,7 %)
Спондилит	–	–
Внесуставные проявления:		
- уретрит	25 (29,1 %)	8 (28,6 %)
- конъюнктивит	17 (19,7 %)	5 (17,9 %)
Кератодермия	4 (4,6 %)	1 (3,5 %)
Лимфаденопатия паховая	19 (22,1 %)	6 (21,4 %)
Узловатая эритема	(3,5 %)	1 (3,5 %)

Примечание. * – сравнение между группами ($p < 0,001$).

Таблица 2

Динамика клинико-лабораторных показателей до лечения и через 6 месяцев проспективного наблюдения и лечения у больных реактивным артритом

Показатели	Больные РеА без СГС (n=86 чел.)	Больные РеА с СГС (n=28 чел.)
Степень выраженности боли в суставах по ВАШ (мм) до лечения / и через 6 мес. проспективного наблюдения и лечения	$64,1 \pm 2,5 / 21,3 \pm 3,1$	$88,2 \pm 3,2 / 40,4 \pm 2,6^{1*}, 2^*$
СОЭ до лечения / и через 6 мес. проспективного наблюдения и лечения	$35,4 \pm 2,8 / 12,3 \pm 4,5$	$58,6 \pm 3,1 / 22,0 \pm 3,8^{1*}, 2^*$
Рецидивирующие синовиты при отмене НПВС	11 (12,8 %)	28 (100 %)*
Длительность сохранения артралгий (до 6 мес.) при нормализации уровня СОЭ	3 (3,4 %)	27 (96,4 %)*
Назначение кортикостероидов при высокой активности процесса	15 (17,4 %)	13 (46,4 %)*

Примечание. ^{1*} – сравнение между группами ($p < 0,001$) до лечения; ^{2*} – сравнение между группами через 6 месяцев проспективного наблюдения и лечения ($p < 0,001$).

Клиническая значимость СГС особенно возрастает после призыва на военную службу в вооруженные силы, в связи с резко возрастающими физическими

нагрузками. При этом физиологическая гипермобильность суставов под воздействием особенностей военного труда, либо перенесенного РеА, может трансформироваться в клинически значимый гипермобильный синдром, снижающий качество жизни военнослужащих. СГС не входит в перечень заболеваний, выпадающих под действие статей Постановления Пра-

вительства РФ № 123 от 25.02.2003 г. «Положение о военно-врачебной экспертизе». Данное состояние необходимо учитывать на призывных комиссиях, выносить в диагноз ограничение для прохождения военной службы в учебных частях. ГМС необходимо учитывать при выборе тактики лечения РеА.

Выводы

1. СГС увеличивает активность реактивного артрита (РеА) и удлиняет периода реконвалесценции. Вследствие дефекта соединительнотканых структур длительно сохраняются последствия в виде артралгий и энтезопатий.

2. У больных РеА с СГС артралгии и энтезопатии сохраняются до 6 месяцев (у 96,4 %), в отличие от больных без СГС. У больных с СГС в 3 раза чаще

назначали кортикостероиды, в связи с сохраняющимся синовитом и высоким уровнем СОЭ.

3. Рецидивы синовитов наблюдали в течение 6 месяцев при отмене нестероидных противовоспалительных препаратов у всех больных с СГС в отличие от больных без СГС, даже при бытовых физических нагрузках.

Литература

1. Белов Б.С., Шубин С.В., Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. Реактивные артриты // Научно-практическая ревматология. – 2015. – № 4. – С. 414-459.

2. Бельский А.Г. Гипермобильный синдром – системное невоспалительное заболевание соединительной ткани // Consilium medicum. – 2006. – № 8. – С. 28-32.

3. Воронина Н.В., Тушко С.Н., Слуцкая Н.П., Попова Е.С., Староверова Ю.К. Оценка качества жизни больных реактивным артритом на фоне гипермобиль-

ного синдрома // Материалы V съезда ревматологов России. – М., 2009. – С. 115.

4. Inman R.D. Reactive arthritis. In: Hochberg M.L., Silman A.J., Smolen J.S., Weinblatt M.E., Weisman M.H., editots. Rheumatology. 6th ed. – Philadelphia: Mosby, 2015. – P. 928-940.

5. Zeidler H., Hudson A.P. New insights into Chlamydia and arthritis. Promise of a cure? // Ann Rheum Dis. – 2014. – № 73. – P. 637-644. – doi: 10.1136/annrheumdis-2013-2041.

Literature

1. Belov B.S., Choubin S.V., Balabanova R.M., Erdes Sh.F. Jet arthritises // Scientific and practical rheumatology. – 2015. – № 4. – P. 414-459.

2. Belenky A. G. A hyper mobile syndrome – a system not inflammatory disease of connecting fabric//Consilium medicum. – 2006. – № 8. – P. 28-32.

3. Inman R.D. Reactive arthritis. In: Hochberg M.L., Silman A.J., Smolen J.S., Weinblatt M.E., Weisman M.H., editots. Rheumatology. 6th ed. – Philadelphia: Mosby, 2015. – P. 928-940.

4. Voronina N.V., Tushko S.N., Slutskaia N.P., Popov E.S., Staroverova Yu.K. Assessment of quality of life of patients with jet arthritis against the background of a hyper mobile syndrome // Materials of the V congress of rheumatologists of Russia. – M, 2009. – P. 115.

5. Zeidler H., Hudson A.P. New insights into Chlamydia and arthritis. Promise of a cure? // Ann Rheum Dis. – 2014. – № 73. – P. 637-644. – doi: 10.1136/annrheumdis-2013-2041.

Координаты для связи с авторами: Воронина Наталья Владимировна – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапии ФПК и ППС с курсами функциональной и лучевой диагностики ДВГМУ, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru; Тушко Сергей Николаевич – зав. кардиологическим отделением ФГКУ и «301 ВКГ», тел. 8-(4212)-39-56-00; Слуцкая Надежда Павловна – доцент кафедры терапии ФПК и ППС с курсами функциональной и лучевой диагностики ДВГМУ, канд. мед. наук, доцент, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru; Федункина Ольга Сергеевна – ординатор кафедры терапии ФПК и ППС с курсами функциональной и лучевой диагностики ДВГМУ, тел. 8-(4212)-76-13-96; e-mail: nauka@mail.fesmu.ru; Попова Елена Сергеевна – ординатор кардиологического отделения 301 военного клинического госпиталя, тел. 8-(4212)-39-56-00.

