

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2021 №2

2011 йилдан чиқа боғланган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

Kurtieva Sh. FUNCTIONAL CARDIOPATHY SYNDROME IN MODERN ADOLESCENTS	Kurtieva Sh. ZAMONAVIY O'SPIRINLARDA FUNKSIONAL KARDIOPATIYA SINDROMI	109
Mirzaev A.U., Eshmuradov O.S., Yuldashev O.T., Berdiyev D.O. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ КОРЕШКА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В КАТАМНЕЗЕ	Mirzaev A.U., Eshmuradov O.S., Yuldashev O.T., Berdiyev D.O. COMPARATIVE EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT OUTCOMES AND QUALITY OF LIFE INDICATORS AFTER MICROVASCULAR DECOMPRESSION OF THE TRIPLE NERVE ROOT IN CATAMNESIS	112
Muxidov U.R., Xudoyberdiyev D.K., Navruzov R.R., Bozorov M.M. ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ПОЧЕЧНОГО КРОВотоКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	Muxidov U.R., Xudoyberdiyev D.K., Navruzov R.R., Bozorov M.M. THE IMPORTANCE OF THE ULTRASONIC METHOD OF STUDY IN THE ASSESSMENT OF RENAL BLOOD FLOW IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION	116
Mukhtarov Sh.T., Ayubov B.A., Akilov F.A., Mirkhamidov D.Kh., Bakhadirxanov M.M., Nazarov D.A., Fozilov A.A., Kadyrov K.B. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ/РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПРАКТИКЕ УРОЛОГА	Mukhtarov Sh.T., Ayubov B.A., Akilov F.A., Mirkhamidov D.Kh., Bakhadirxanov M.M., Nazarov D.A., Fozilov A.A., Kadyrov K.B. LAPAROSCOPIC/RETROPEITONEOSCOPIC TREATMENT OF UROLITHIASIS IN UROLOGIC PRACTICE	119
Temirova N.R. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКИХ И ГОРОДСКИХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 6-7 ЛЕТ	Temirova N.R. COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MORPHOMETRIC CHANGES OF THE THYROID AND PHYSICAL DEVELOPMENT OF RURAL AND URBAN CHILDREN AT THE AGE OF 6-7 YEARS	124
Tuychiev L.N., Khudaykulova G.K., Rakhmatullaeva Sh.B., Muminova M.T., Kuznetsova V.V. БОЛАЛАРДАГИ ИНФЕКЦИОН ГЕНЕЗЛИ ДИАРЕЯЛАРДА ОИВ-ИНФЕКЦИСИННИГ ПРОГРЕССИВЛАНУВЧИ ШАКЛЛАРИ	Tuychiev L.N., Khudaykulova G.K., Rakhmatullaeva Sh.B., Muminova M.T., Kuznetsova V.V. PROGRESSIVE FORMS OF HIV INFECTION IN CHILDREN WITH INFECTIOUS DIARRHEA	128
Umarov R.Z., Oripov O.I., Bilalov E.N., Uzoqov A.D. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОМ ТРОМБОЗЕ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА	Umarov R.Z., Oripov O.I., Bilalov E.N., Uzoqov A.D. COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT IN COVID-19 ASSOCIATED CAVERNOUS SINUS THROMBOSIS	132
Usmanov Sh.U., Tilavov R.Kh., Abdurakhmanov B.A. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СКЕЛЕТА	Usmanov Sh.U., Tilavov R.Kh., Abdurakhmanov B.A. IMPROVING THE SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL HIP DISLOCATION IN CHILDREN WITH SYSTEMIC DISEASES OF THE SKELETON	136
Khalmetova F.I., Akhmedov Kh.S., Razakova F.S. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ	Khalmetova F.I., Akhmedov Kh.S., Razakova F.S. FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF REACTIVE ARTHRITIS	139
Khusanov A.M., Alimova X.P., Shamsutdinova M.I., Koirinov A.K., Shirinov D.K., Rakhimov M.M., Boltaev E.B., Zhallilov A.A. НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19	Khusanov A.M., Alimova Kh.P., Shamsutdinova M.I., Koirinov A.K., Shirinov D.K., Rakhimov M.M., Boltaev E.B., Zhallilov A.A. NON-INVASIVE VENTILATION OF THE LUNGS FOR ACUTE RESPIRATORY FAILURE DUE TO THE NEW CORONAVIRUS INFECTION COVID-19	143
Sheripbaev R.B., Mukhtarov Sh.T., Akilov F.A., Belyaev A.L., Kadyrov N.U., Shaimardanov A.M., Nadjimitdinov Y.S. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ	Sheripbaev R.B., Mukhtarov Sh.T., Akilov F.A., Belyaev A.L., Kadyrov N.U., Shaimardanov A.M., Nadjimitdinov Y.S. OPERATIVE TREATMENT OF VESICOVAGINAL FISTULAS	149
ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ		
HELPING A PRACTITIONER		
Pattakhova M.Kh., Zakirkhodzhaev Sh.Ya., Solikhov M.U., Mavlyanova Kh.A., Mutalov S.B. ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ И ИХ ДИЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ	Pattakhova M.Kh., Zakirkhodzhaev Sh.Ya., Solikhov M.U., Mavlyanova Kh.A., Mutalov S.B. EVALUATION OF THE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASES AND THEIR DIETARY CORRECTION	153
Safarov K.K., Rakhmatova S.N. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	Safarov K.K., Rakhmatova S.N. FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL STATUS DEPENDING ON GENDER IN CASE OF NEW CORONAVIRUS INFECTION	157

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

Халметова Ф.И., Ахмедов Х.С., Разакова Ф.С.

REAKTIV ARTRITNING KLINIK KURSINING XUSUSIYATLARI

Xalmetova F.I., Ahmedov X.S., Razakova F.S.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF REACTIVE ARTHRITIS

Khalmetova F.I., Akhmedov Kh.S., Razakova F.S.

Тошкентская медицинская академия

Maqsad: zamonaviy reaktiv artrit (ReA) kursining xususiyatlarini o'rganish. **Material va usullar:** ReA tashxisi qo'yilgan va $3,8 \pm 1,7$ yillik kasallik davomiyiligi bo'lgan 18-50 yoshdagi ($36,9 \pm 8,3$) 120 bemor (70 erkak va 50 ayol) kuzatuv ostida. Barcha bemorlarda yallig'lanish jarayonini tavsiflovchi parametrlar baholandi (leykotsitlar soni, ESR, sialik kislota darajasi, seromukoid, C-reaktiv oqsil). **Natijalar:** ReA bilan og'riqan bemorlarda kasallik ko'pincha uzoq davom etadi. Urogenital artrit bilan kasallanish (*Chlamydia trachomatis* tomonidan kelib chiqqan) post-enterokolitik artritdan ikki baravar ko'p. Urogenital ReA bilan og'riqan bemorlar uchun kasallikning birinchi yillarida rivojlanadigan ikkinchi darajali artrozning tez-tez rivojlanishi xarakterlidir. **Xulosa:** faqat dinamik kuzatuv va tekshiruv tashxisi to'g'ri tekshirish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: reaktiv artrit, ikkilamchi osteoartraz, klinik xususiyatlari.

Objective: To study the features of the modern course of reactive arthritis (ReA). **Material and methods:** 120 patients (70 men and 50 women) aged 18-50 years (36.9 ± 8.3) with an established diagnosis of ReA and a disease duration of 3.8 ± 1.7 years were under observation. In all patients, the parameters characterizing the inflammatory process (leukocyte count, ESR, sialic acid level, seromucoid, C-reactive protein) were assessed. **Results:** In patients with ReA, the disease was most often protracted. The incidence of urogenital arthritis (caused by *Chlamydia trachomatis*) is twice that of post-enterocolitic arthritis. For patients with urogenital ReA, frequent development of secondary osteoarthritis, which develops in the first years of the disease, is characteristic. **Conclusions:** Only dynamic observation and examination allows correct verification of the diagnosis.

Key words: reactive arthritis, secondary osteoarthritis, clinical features.

Реактивный артрит (ReA) - заболевание из группы спондилоартритов, которое характеризуется воспалительным поражением суставов, ассоциированным с триггерной инфекцией, как правило, у генетически предрасположенных лиц [1]. Заболевание подвержены лица в возрасте 20-40 лет, чаще мужчины [4]. Около 85% пациентов с ReA являются носителями HLA-B27 антигена [5]. Длительное время для определения ReA, ассоциированного с урогенитальной инфекцией, использовали термин «болезнь Рейтера». В последние годы по вопросам терминологии ReA и болезни Рейтера ведутся дискуссии [3].

Известно, что этиологическая структура ReA разнородна. При этом с каждым годом выявляется все более широкий спектр возбудителей, ответственных за развитие артрита. Наиболее часто определяется взаимосвязь заболевания с перенесенными инфекциями: кишечной (постинтеритический ReA: *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Salmonella*, *Shigella*, *Klebsiella*, *Clostridium difficile*, *Campylobacter jejuni*); урогенитальной (чаще эту форму связывают с инфекцией, обусловленной *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma*). Патогенетические аспекты ReA исследованы недостаточно. Однако роль инфекции в развитии заболевания общепризнана, но имеет значение не только возбудитель, но и состояние макроорганизма.

Основное значение в патогенезе ReA имеют иммунопатологические процессы, связанные с развитием гипериммунного ответа на инфекционный агент, находящийся внутри сустава или экстраартикуляр-

но [6]. Триггерные факторы способны инициировать цитотоксический T-клеточный ответ, что приводит к пролиферации и активации T-лимфоцитов CD8+, вызывающей повреждение синовиальной оболочки и, следовательно, развитие артрита.

Существует патогенетическая гипотеза «антигенной мимикрии» бактерий, имеющих общие антигенные детерминанты с HLA-системой, что обеспечивает перекрестное реагирование образующихся антител не только с чужеродными, но и с собственными антигенами. Роль антигена HLA-B27 в развитии ReA также находит объяснение в теории «артритогенного пептида», суть которой заключается в том, что HLA-B27 представляет артритиндуцирующий пептид (компонент клеточной стенки триггерных микроорганизмов) цитотоксическим T-лимфоцитам из популяции CD8+, запуская иммуновоспалительный ответ. Поэтому в настоящее время обсуждается вероятность аутоиммунных процессов в формировании суставного синдрома при ReA, способствующих хронизации заболевания.

Ввиду разнородности этиологической структуры, патогенетических особенностей диагностика ReA сопряжена со значительными сложностями, что диктует необходимость использования комплекса вирусологических, бактериологических, иммунологических, а иногда морфологических исследований. Но основополагающим в диагнозе является совокупность клинических и анамнестических данных, а комплекс лабораторных исследований часто имеет вспомогательное значение для подтверждения клинического диагноза [5].

РеА, клиническая картина которых очень разнообразна и является в первую очередь отражением этиологического инфекционного фактора, в ряде случаев представляют большие трудности для диагностики. Существующие клинические рекомендации и клинико-лабораторные подходы не позволяют проводить объективную раннюю диагностику этой патологии. Только динамическое наблюдение и обследование позволяет правильно верифицировать диагноз [2,5].

Многие аспекты этой проблемы остаются не изученными, что, в первую очередь, связано с особенностями дебюта болезни, неспецифичностью клинических проявлений [5,7], которые нередко очень схожи с таковыми при других ревматических заболеваниях, сопровождающихся артритом, однако имеют более неблагоприятное течение и прогноз.

Цель исследования

Изучение особенностей современного течения реактивных артритов.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 120 больных (70 мужчин и 50 женщин) в возрасте 18-50 лет (36,9±8,3) с установленным диагнозом РеА и длительностью заболевания 3,8±1,7 года. В возрасте 18-20 лет были 12,5% пациентов, 21-30 лет - 16,7%, 31-40 лет - 45,8%, 41-50 лет - 25%.

У всех больных оценивались показатели, характеризующие воспалительный процесс (количество лейкоцитов, СОЭ, уровень сиаловых кислот, серомукоид, С-реактивный протеин). Для идентификации «триггерных» факторов был использован иммуноферментный анализ крови, позволяющий определить антитела классов IgM и IgG.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ Microsoft Office, Statgraphics Plus 5.0. Для оценки достоверности отличий использовался t-критерий Стьюдента. Критический уровень значимости для проверки статистических гипотез при сравнении групп принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Среди больных РеА, включенных в исследование, большинство были в возрасте от 30 до 40 лет, в этой возрастной группе было больше мужчин (23,3%). Среди пациентов от 40 до 50 лет преимущественно встречались женщины (55,8% от общего числа лиц этой возрастной группы). В структуре РеА достоверно чаще ($p < 0,05$) встречалось затяжное течение заболевания - в 55,8% от всех случаев, острое течение наблюдалось у 26,7%, хроническое у 17,5% обследованных больных (табл. 1). Затяжное течение РеА среди больных 40-50 лет встречалось у 46,7%, что позволяет отнести данную возрастную группу к группе риска по рецидивированию РеА.

В зависимости от триггерного фактора (табл. 1), наиболее часто выделялась *Chlamydia trachomatis* - у 68,3% больных. Следует отметить, что у мужчин чаще отмечались урогенные артриты (41,6%). В то же время среди постэнтероколитических форм болезни чаще обнаружены *Sinia enterocolitica* (13,4%) и *Campylobacter jejune* (18,3%). Анализ распределения больных по течению болезни в зависимости от триггерного фактора позволило выявить достоверные отличия в частоте встречаемости РеА. Так, постэнтероколитических форм частоты встречаемости РеА, вызванных *Campylobacter jejune*, при остром течении практически вдвое выше, чем при хроническом.

Таблица 1

Распределение больных РеА в зависимости от этиологического фактора, %

Этиологический фактор	Течение артрита, n=120		
	острое, n=32 (26,7)	затяжное, n=67 (55,8)	хроническое, n=21 (17,5)
Урогенитальная форма, n=82 (68,3)			
<i>Chlamydia trachomatis</i>	7,5 10,8	23,3 14,1	10,8 1,7
Постэнтероколитическая форма, n=38 (31,7)			
<i>Sinia enterocolitica</i>	1,7 4,2	0,8 4,2	1,7 0,8
<i>Campylobacter jejune</i>	1,7 0,8	1,0 3,3	0,8 1,7
Всего	10,9 15,8	24,1 21,6	13,3 4,2

Примечание. В числителе данные о мужчинах, в знаменателе - о женщинах.

При первичном обследовании классическое течение с артритом, поражением глаз и урогенитального тракта отмечалось у 36,7% больных.Abortивная форма РеА с быстро протекающими, незаметными для больных поражением глаз и урогенитального тракта имела место у 69,2%. Такая стертая клиническая картина, бесспорно, затрудняет диагностику РеА в условиях семейной поликлиники.

За больными осуществлялось динамическое наблюдение в течение 2-х лет, что позволило уточнить характер суставной патологии. Преобладали больные с I-II степенью активности процесса и II степенью (55,8%) функциональной недостаточности суставов.

Таблица 2
Показатели суставного синдрома у больных ReA, абс. (%)

Показатель	Число больных, n=120
Распространенность поражения	
Моноартрит	35 (29,2)
Олигоартрит	57 (47,5)
Полиартрит	28 (23,3)
Локализация	
I палец стопы	30 (25)
Тазобедренные суставы	49 (40,8)
Коленные суставы	98 (81,7)
Голеностопные суставы	103 (85,8)
Плосно-фаланговые суставы	19 (15,8)
Межфаланговые суставы стопы	17 (14,2)
Плечевые суставы	9 (7,5)
Лучезапястные суставы	43 (35,8)
Межфаланговые суставы кисти	57 (47,5)

Нарушение функции суставов чаще всего было обусловлено периартикулярными поражениями,

которые являлись причиной болевого синдрома и ограничения подвижности сустава, а также наличием вторичного остеоартроза (ОА). Как видно из таблицы 2, чаще всего суставной синдром наблюдался в суставах ног, главным образом, голеностопных (85,8%) и коленных (81,7%).

Олигоартрит (47,5%) встречался несколько чаще, чем полиартрит. У четверти (23,3%) больных поражались 3-4 сустава. Полиартрит чаще протекал с асимметричным поражением суставов нижних конечностей по типу «винтовой лестницы» и характерными экстраартикулярными проявлениями. Более чем у половины пациентов с моноартритом в воспалительный процесс также вовлекался голеностопный сустав (69,3%), реже коленный (29,2%). В единичных случаях отмечались боли в лучезапястных и плечевых суставах. При моно- и олигоартритах у всех больных имела место припухлость суставов и выраженное ограничение их подвижности. При полиартрите отмечалась припухлость нескольких суставов, а остальные были только болезненны. Количество болезненных суставов у обследованных больных - $5,5 \pm 0,6$, припухших суставов - $4,24 \pm 0,8$, болезненность по ВАШ в сантиметрах - $8,1 \pm 0,7$.

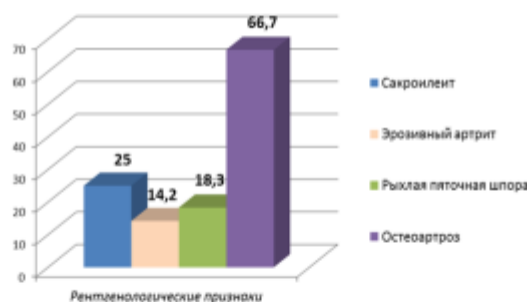


Рис. 1. Рентгенологические проявления у больных ReA, %.

Кроме того, у 90,8% больных ReA были клинические признаки антезита - чаще в виде болей в пятке и плюсовых костях. Как видно из рис. 1, в 18,3% случаев имели место периоститы пяточных бугров («рыхлые» пяточные шпоры). Следует отметить, что артрит был асимметричный, серонегативный, АЦЦП отрицательный, сочетался с уретритом и конъюнктивитом. Клинические признаки сакроилеита отмечались у 25%, рентгенологически в виде I-II стадии. Особо следует указать, что в 66,7% случаев рентгенологически обнаружены признаки ОА тазобедренных (35,8%) и коленных суставов (64,2%). При артроскопии отмечалось снижение высоты суставного хряща, с уменьшением толщины хряща в суставах от $1,6 \pm 0,8$ мм в отличие от группы больных ($p < 0,05$), у которых отсутствовал ОА.

Примечательно, что в 33,3% случаев вторичный ОА развивался у больных ReA уже в первые годы (6-

12 мес.) болезни (рис. 2). Более того, в 8,75% случаев в первый год болезни и в 13,5% случаев на второй год болезни больные ReA имели III и IV стадии ОА, что свидетельствует о потребности их в эндопротезировании. Как видно из таблицы 3, ОА у больных ReA, у которых выделена *Chlamydia trachomatis* (72,5%) встречался почти в 5 раз чаще, чем при других триггерных факторах ($p < 0,05$).

Таблица 3
Распределение больных ReA в зависимости от этиологического фактора развития вторичного ОА, абс. (%)

Триггерный фактор	Число больных, n=80
<i>Chlamydia trachomatis</i>	58 (72,5)
<i>Sinia enterocolitica</i>	13 (16,25)
<i>Campylobacter jejune</i>	9 (11,25)

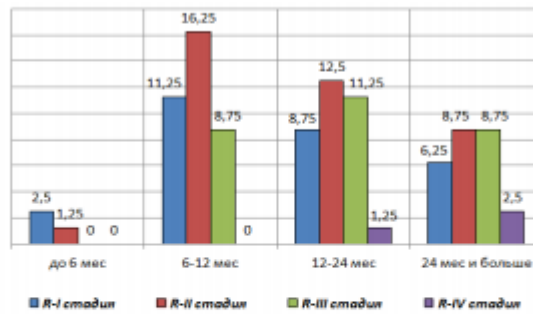


Рис. 2. Рентгенологические признаки вторичного остеоартроза в зависимости от длительности заболевания у больных реактивным артритом, %

Признаки синовита были обнаружены у всех больных, который был как изолированным, так и в сочетании с периапатритом в виде бурита или тендинита. В частности, поражения ахиллова сухожилия в виде лигаментита и бурита отмечались у 27,5% обследованных.

Помимо суставного синдрома, отмечалось поражение урогенитального тракта в виде уретрита, простатита, баланопостита у мужчин, кольпита, аднексита, уретрита и оофорита - у женщин. Уретрит встречался как у мужчин, так и у женщин. Часто отмечалось сочетание различной патологии урогенитального тракта. Дисурия была у 73 (60,8%) больных РеА. При этом цистит диагностирован у 13 (10,8%), пиелонефрит - у 38 (31,7%). Острый конъюнктивит обнаружен у 29 (24,2%) обследованных. Лихорадка, интоксикация в дебюте заболевания наблюдалась в 1/3 случаев. Поражения кожи были в виде кератодермии отмечались у 32 (26,7%) больных, дерматита - у 29 (24,2%), ониходистрофии - у 20 (16,7%). Железодефицитная анемия легкой степени тяжести имела место у 21 (37,5%) больного. У 4 больных РеА протекал на фоне фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани, у 15 - на фоне артериальной гипертензии, у 43 - на фоне патологии щитовидной железы, у 20 из них был гипотиреоз, у 4 - аутоиммунный тиреоидит с эутиреозом.

Выводы

1. У больных РеА заболевание чаще всего носило затяжной характер. Частота встречаемости урогенитальных артритов (вызванных *Chlamydia trachomatis*) вдвое выше, чем постинфекционных.

2. Для больных РеА урогенитальной формы характерно частое развитие вторичного остеоартроза, развивающегося в первые годы болезни, что требует дальнейших исследований.

Литература

1. Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. - 2015. - №6. - С. 48-63.

2. Asner T.V., Kalyagina A.N. Urogenic reactive arthritis: current aspects of diagnosis and treatment // *Соврем. ревматол.* - 2010. - №4. - С. 11-15.

3. Bojovic J., Strelac N., Pavlica L. // *Med. Pregl.* - 2014. - Vol. 67. - P. 222-230.

4. Eppinger S., Schmitt J., Meurer M. // *Hautarzt.* - 2006. - Vol. 57, №4. - P. 336-339.

5. Hannu T. // *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* - 2011. - Vol. 25, №3. - P. 347-357.

6. Moorthy L.N., Gaur S., Peterson M.G. et al. Poststreptococcal reactive arthritis in children: a retrospective study // *Clin. Pediatr. (Phila.)* - 2009. - Vol. 48, №2. - P. 174-182.

7. Tuuminen T., Lounamo K., Leirisalo-Repo M. // *Front. Immunol.* - 2013. Vol. 4. - P. 400-418.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

Халметова Ф.И., Ахмедов Х.С., Разанова Ф.С.

*Цель: изучение особенностей современного течения реактивных артритов (РеА). Материал и методы: под наблюдением были 120 больных (70 мужчин и 50 женщин) в возрасте 18-50 лет (36,9±8,3) с установленным диагнозом РеА и длительностью заболевания 3,8±1,7 года. У всех больных оценивались показатели, характеризующие воспалительный процесс (количество лейкоцитов, СОЭ, уровень сиаловых кислот, серомукоид, С-реактивный протеин). Результаты: у больных РеА заболевание чаще всего носило затяжной характер. Частота встречаемости урогенитальных артритов (вызванных *Chlamydia trachomatis*) вдвое выше, чем постинфекционных. Для больных РеА урогенитальной формы характерно частое развитие вторичного остеоартроза, развивающегося в первые годы болезни. Выводы: только динамическое наблюдение и обследование позволяет правильно верифицировать диагноз.*

Ключевые слова: реактивные артриты, вторичный остеоартроз, особенности клинического течения.