

ной антибиотикорезистентностью. Наибольшую чувствительность микроорганизмы проявляли к цефалоспорином и фторхинолонам (от 65% до 74% выделенных штаммов).

Таким образом, при системных заболеваниях соединительной ткани моча больных может быть колонизирована условно-патогенными микроорганизмами, которые являются наиболее частыми возбудителями инфекций мочевой системы. В структуре уропейзажа доминирующее значение имеют бактерии семейства *Enterobacteriaceae* и рода *Staphylococcus*. Количество микроорганизмов в моче больных может превышать критическое число и приводить к развитию инфекции. Микроорганизмы, выделенные из мочи, отличаются множественной антибиотикорезистентностью, что необходимо учитывать при лечении и профилактике уроинфекций у больных с системными заболеваниями соединительной ткани. Все это свидетельствует о необходимости динамического микробиологического исследования мочи больных с системными заболеваниями соединительной ткани с целью выявления бактериурии и количественного уровня микроорганизмов в моче больных.

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ

Данилова Е.В., Данилова Т. Г.

Медицинская Академия, Ярославль

Проблема реактивных артритов (РеА) достаточно сложна, учитывая рост заболеваемости, полиэтиологию данной нозологии, сложности клинической диагностики.

Цель исследования: изучить клинические особенности суставного синдрома у больных реактивными артритами. Используются физикальные, лабораторные, инструментальные методы исследования.

Обследовано 150 больных РеА, среди них 52% мужчин и 48% женщин. Средний возраст больных составил 29,1 года. У всех больных имела место связь заболевания с перенесенной инфекцией. У 61,3% пациентов выявлена урогенитальная форма заболевания, у 3,3% - постэнтероколитическая, у 7,4% - назофарингеальная, у 1,3% - дермальная, у 26,7% - идиопатическая. Преобладали больные с острыми вариантами течения заболевания (54%). У остальных больных имело место хроническое течение болезни (46%). В основном зафиксирована I-II степени активности воспалительного процесса РеА (91,3%). Чаще отмечалось поражение суставов по типу полиартрита (в 72% случаев) с преимущественным поражением коленных, голеностопных, мелких суставов стоп с умеренным болевым синдромом (в 66% случаев) и с незначительной утренней скованностью (у 20,7% больных). Ахиллодиния имела место в 35,3% случаев, клинические проявления поражения позвоночника и саркоилеита - у 51,3% пациентов. ФНС I-II степени отмечена в 96,7% случаев. Цифры СОЭ крови в пределах 20-40 мм/час имели место у 80,7% пациентов РеА. Ревматоидный фактор крови был отрицательный у всех обследованных больных.

Таким образом, суставной синдром при РеА отличается определенными клиническими особенностями. Имеет место возникновение заболевания в возрасте 20-30 лет, яркая симптоматика острого серонегативного артрита, возникающего после инфекций различной локализации (бронхофарингеальной, урогенитальной, энтеральной, дермальной) с умеренным болевым синдромом и ахиллодинией, поражением суставов нижних конечностей по типу полиартрита преимущественно I-II стадии по Штейнброкеру и активностью воспалительного процесса I-II степени, клинические признаки поражения позвоночника и илеосакральных сочленений.

СОСТОЯНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОВЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Жарков А.Н.

Санкт-Петербург

Сдавление позвоночных артерий при патологии шейного отдела традиционно считается причиной жалоб, которые относят к проявлению "ишемии в вертебрально-базиллярной системе".

Целью нашего исследования было изучение состояния шейного отдела позвоночника у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материал и методы исследования: 87 больным ДЭ в возрасте от 31 года до 86 лет проведена рентгенография шейного отдела позвоночника в двух взаимоперпендикулярных проекциях - прямой и боковой.

Рентгенологический метод позволил выявить у 82 пациентов (94,3%) дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Межпозвоночный остеохондроз был обнаружен у 69 больных (79,3%), с одинаковой частотой у пациентов с различными стадиями заболевания. Унковертебральный артроз выявлялся у 28 больных (32,2%). У 8 пациентов (9,2%) определялись остеофиты в унковертебральной области. Максимальные изменения выявлялись в нижнешейных сегментах. Так поражение двигательного сегмента C5-C6 встречалось чаще всего - 48,3%, C6-C7 - в 32,3% случаев, а C4-C5 - у 12,2 % больных. Статические нарушения различной степени выраженности отмечались в 86,2% случаев (75 пациентов): от выпрямления физиологического лордоза (30,6%) до формирования кифоза (17,3%). Сколиоз наблюдался у 34 больных (45,3%), ретролистез тела позвонка - у 7 пациентов (9,3%). Необходимо отметить, что умеренно выраженные изменения позвоночника были у 59,4% больных, ярко выраженные - у 23,1%, начальные изменения - у 17,5% пациентов. Существенной разницы при исследовании шейного отдела позвоночника у пациентов с различными стадиями ДЭ выявлено не было.

Таким образом, изменения шейного отдела позвоночника у пациентов с ДЭ выявляются с высокой частотой, в том числе и на ранних стадиях заболевания, и играют существенную роль в этиопатогенезе дисциркуляторной энцефалопатии.