

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 ПОЗВОНОЧНИКА 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. Межпозвонковый 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.