

гипертонической болезни.

Таким образом, многочисленные наблюдения, проведенные на курортах, показали определенное лечебное и профилактическое значение естественной ионизации воздуха [1]. Однако на основании этих наблюдений нельзя было дать достаточно полного ответа на целый ряд важных вопросов относительно различных сторон физиологического действия аэроионов на организм. Разумеется, в условиях естественной ионизации не представлялось возможным подойти к решению вопросов о механизме действия аэроионов, о характере

ответных реакций со стороны организма в зависимости от знака заряда и подвижности (величины) атмосферных ионов, от их комбинации с некоторыми другими факторами. Чтобы дать ответы на все эти вопросы, нужны были опыты в лабораторных условиях, в искусственно ионизированной среде [2]. Это, а также стремление исследователей шире использовать ионизированный воздух для лечебной практики во внекурортной обстановке побудило к созданию специальной аппаратуры, предназначенной для генерации ионов различной полярности, желаемой концентрации и подвижности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В.И. О биоклиматическом значении ионизации воздуха // Вопросы курортологии. – III. – 1937. – С.3-8.
2. Кабатов Ю.Ф., Курганов Н.И. Искусственная ионизация воздуха // Медпром СССР. – 1958. – №9. – С.45-50.
3. Литвинов В.Ф. Ионизация атмосферы: Сборник работ

по курортам Казахстана. Вып. I. – Алма-Ата, 1941. – 102 с.

4. Портнов Ф.Г. Аэроионы и их лечебное применение. – Изд. АН Латвийской ССР, 1961.

5. Портнов Ф.Г. Лечебные факторы Рижского взморья. – Рига, 1951. – 69 с.

**Информация об авторах:** 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, Иркутский государственный медицинский университет, Шевченко Елена Викторовна – зав. кафедрой, профессор, д.б.н.

## ЛЕКЦИИ

© АСНЕР Т.В., КАЛЯГИН А.Н. – 2010

### СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ УРОГЕННЫХ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ (ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИКА)

Т.В. Аснер, А.Н. Калягин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев)

**Резюме.** В статье представлены современные сведения об эпидемиологии, патогенезе и клинике реактивных артритов. Представленные данные будут полезны практическим врачам в процессе их работы с больными суставной патологией.

**Ключевые слова:** реактивные артриты, эпидемиология, клиника.

### MODERN ASPECTS UROGENIC REACTIVE ARTHRITIS (EPIDEMIOLOGY AND CLINIC)

T.V. Asner, A.N. Kalyagin

(Irkutsk State Medical University)

**Summary.** In article modern data about epidemiology and clinic of urogenic reactive arthritis are presented.

**Key words:** reactive arthritis, epidemiology, clinic.

Реактивные артриты – это иммуновоспалительные заболевания суставов, инициированные очагом инфекции в кишечнике или урогенитальном тракте, имеющие характерную клиническую картину с поражением периферических суставов, позвоночного столба, и нередко принимающие хроническое течение. До 1999 года выделяли три группы реактивных артритов:

- реактивные артриты, связанные с носоглоточными инфекциями,
- реактивные постэнтероколитические артриты,
- реактивные артриты, связанные с очагом инфекции в мочеполовом тракте.

По современной номенклатуре (результат рабочего совещания 42 экспертов из разных стран, состоявшегося в Берлине в 1999 году), к реактивным артритам относятся только те, которые:

- 1) развиваются после инфекции *Chlamydia trachomatis* (общеприятый и наиболее частый триггерный агент урогенных артритов), *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni* (возбудители при энтероколитических артритах),
- 2) сочетаются с типичной клинической картиной (олигоартрит нижних конечностей),
- 3) отвечают ESSG критериям спондилоартропатий (European Spondyloarthropathy Study Group, 1991),

4) ассоциируются с HLA-B27.

Другие виды артритов, причиной которых являются инфекционные агенты, по заключению экспертов должны быть объединены под термином «артриты, связанные с инфекциями».

**История вопроса.** Еще в XIV-XVII веках V. Forest (1507), Mastiniere (1664) описали артрит в связи с уретритом и кишечным заболеванием. Развитие учения о патологии суставов, связанных с очагом инфекции в мочеполовом тракте и кишечнике, начинается со времени описания Н. Reiter в немецкой армии и Feissinger и Leroy во французской (1916) поражения суставов после острой кишечной инфекции в сочетании с конъюнктивитом и уретритом. В отечественной и зарубежной литературе это заболевание длительное время описывалось как «болезнь Рейтера»; «синдром Рейтера»<sup>1</sup> – полный (если речь шла о тетраде или триаде признаков) и неполный (если наблюдалось только сочетание уретрита с артритом). Впервые Р. Ahvonen и соавт. в 1969 году ввели термин «реактивный артрит», когда удалось доказать этиологическую связь возникновения артрита, миокардита и узловой эритемы с перенесенной инфекцией *Yersinia enterocolitica*. В настоящее время реактивные артриты относят к группе серонегативных спондилоартропатий.

<sup>1</sup>В настоящее время термин «болезнь Рейтера» не используется по этическим соображениям, т.к. Ганс Рейтер участвовал в экспериментах на людях в период II Мировой войны.

**Эпидемиология реактивных артритов.** Реактивные артриты среди ревматических болезней по частоте и распространенности занимают одно из ведущих мест. По данным Института ревматологии РАМН удельный вес их в период с 1984 по 1992 годам составил 10-14% от всех ревматических заболеваний. В общей структуре реактивных артритов лидирующее положение занимают урогенные реактивные артриты (УРеА). По данным В.И. Мазурова, их удельный вес в 1992-1994 годах увеличился до 82,7% против 37,5% в 1988-1991 годах.

Частота в популяции УРеА до настоящего времени неизвестна. В 1982 году Viirpula и Yli-Kerttula предприняли попытку популяционного исследования реактивных артритов, обследовав 530 человек, при этом не было выявлено ни одного случая определённого заболевания, и только у 13 человек при тщательном анализе анамнестических данных был выставлен диагноз вероятного реактивного артрита. Наиболее хорошо она изучена в группе повышенного риска – больных, страдающих негонококковыми уретритами (НГУ). По данным разных авторов, частота урогенных артритов среди больных с неспецифическими (негонококковыми) воспалительными процессами в мочеполовом тракте колеблется от 0,9-10 до 7,6-9% случаев. В нашем исследовании (1982-1984) частота суставного синдрома среди больных с НГУ (все мужчины) составила 12,4%. В повторном одномоментном исследовании группы больных НГУ (1999-2000) суставной синдром выявлен уже у 7,8% больных.

В настоящее время довольно хорошо определена географическая распространенность артритов, связанных с урогенитальной инфекцией; наиболее часто они встречаются в Европе, Северной Африке, в районе Средиземного моря. В районе Дальнего Востока эта форма заболевания регистрируется редко. Пик заболевания приходится в основном на осень. Считают, что урогенные реактивные артриты у мужчин встречаются чаще, чем у женщин; разные авторы приводят различные соотношения: от 10:1 до 2-3 : 1.

В то же время, УРеА у женщин встречаются значительно чаще, чем это описывается в литературе, и необходимо более тщательное обследование пациенток с серонегативным артритом для выявления у них очага мочеполовой инфекции и связи его с суставным синдромом.

Дебют реактивных артритов приходится, как правило, на возраст от 20 до 40 лет. В то же время могут страдать и дети, и подростки, а также люди более старших возрастных групп. Считают, что дети заражаются мочеполовой инфекцией от больных матерей во время родов – так называемый вертикальный путь передачи инфекции, а также заражение происходит внутриутробно. Дети чаще болеют постэнтероколитическими формами реактивных артритов.

Говоря об эпидемиологии реактивных артритов, следует осветить вопрос и о факторах риска. Как известно, факторами риска любого заболевания называют все факторы, увеличивающие частоту заболевания. Проведя проспективное пятнадцатилетнее исследование УРеА в г. Иркутске, мы выявили наиболее значимые факторы риска их возникновения. Преимущественно – это факторы, связанные с мочеполовой инфекцией. Факторы риска, значимо влияющие на частоту реактивных артритов у больных НГУ: 1) хронический простатит, 2) наличие урогенитальных инфекций у половых партнеров больных НГУ, 3) длительность уретропростатита, особенно свыше трех лет, 4) перенесенная гонорея в анамнезе, 5) фактор нерегулярности лечения мочеполовой инфекции, 6) фактор микст-инфекции, 7) поведенческий фактор (наклонность к промискуитету), 8) молодой возраст – до 40 лет, 9) наличие интеркуррентных инфекций, 10) наличие сопутствующих заболеваний, ассоциированных с инфекцией *H. pylori* – антральный гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Знание указанных факторов риска может существенно увеличить раннюю диагностику суставного синдрома при реактивных артритах у пациентов урологических, гинекологических, венерологических кабинетов, т.к. раннее выявление этой патологии в популяции затруднено.

Последнее обусловлено тем, что мочеполовая инфекция, вызывающая реактивные артриты, зачастую протекает скрытно, малосимптомно и больные могут длительно не обращаться к урологам, венерологам, гинекологам. Зачастую не всегда врачи терапевты и ревматологи могут проследить четкую хронологическую связь между суставной патологией и очагом инфекции в мочеполовом тракте.

**Патогенез реактивных артритов.** В настоящее время реактивные артриты рассматривают как вариант иммунного ответа на инфекционный агент в мочеполовом тракте или в кишечнике в результате определенной иммунологической

перестройки макроорганизма на фоне генетической предрасположенности – наличия HLA-B27 антигена 1-го класса главного комплекса гистосовместимости человека.

При этом наиболее хорошо изучен и описан патогенез урогенного реактивного артрита хламидийной этиологии.

В настоящее время положение о реактивных артритах как стерильных утратило свою актуальность. Одним из важных достижений в изучении реактивных артритов в настоящее время является то, что инициирующие артрит микроорганизмы, в частности хламидии, диссеминируют в сустав. Доказательством этому служит обнаружение методом амплификации нуклеиновых кислот жизнеспособных хламидий в суставной оболочке и суставной жидкости. Несмотря на это, при рутинной диагностике хламидий из сустава выделить практически невозможно. Считается, что хламидии «рекрутируются» в сустав синовиальной оболочкой в составе макрофагов и дендритных клеток. Последние, вероятно, непосредственно в суставе стимулируют специфический Т-клеточный иммунный ответ. Это подтверждается тем, что синовиальная оболочка на 50% состоит из макрофагов, так что в суставе, как правило, неизбежно захватывание из кровотока тех или иных частиц. Чаще это происходит в крупных и средних суставах (коленных, голеностопных), подвергающихся микротравмам в результате того, что они несут опорную нагрузку.

По данным разных авторов, хламидии определяются в суставе с последующим культивированием в развивающихся куриных эмбрионах и в живых клетках более, чем в половине случаев (53%). При культивировании определяют как типичные, так и L-формы. И те и другие, таким образом, могут персистировать в синовиальной оболочке.

Жизнеспособные энтеробактерии, в частности иерсинии, также выделены из полости сустава. Этому фактору способствует, по данным последних исследований нарушение барьерной функции стенки кишечника вследствие локальных воспалительных процессов. Большую роль в инициации воспаления в суставах играют макрофаги, которые способны синтезировать ряд цитокинов: ИЛ-1, ФНО-альфа в ответ на стимуляцию их липополисахаридом, содержащимся в микроорганизмах. Установлено, что такой липополисахарид содержит *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Chlamydia*. Подобный липополисахарид обнаружен и в синовиальной оболочке при реактивных артритах. Подтверждением его участия является и обнаружение в сыворотках больных, страдающих реактивными артритами, увеличения концентрации Ig A. Устойчивое увеличение концентрации IgA в сыворотке больных наблюдается и в случае, когда клиническая картина соответствует картине реактивного артрита, а микроорганизмы из кишечника и уретры не удается выделить. Для микроорганизмов, размножающихся внутриклеточно, в частности хламидий, большое значение имеет наличие так называемого белка теплового шока hsp 60. Иммунное распознавание последнего макроорганизмом также сопровождается продукцией цитокинов. Очень важным является то, что эпитоп, выявленный у hsp 60 *S. trachomatis* совпадает с hsp 60 *S. pneumoniae*. Последнее очень важно в связи с тем, что зачастую при встрече макроорганизма с урогенитальным хламидиозом макроорганизм может уже быть настроен на иммунный ответ, т.е. происходит примирование иммунной системы, особенно в детском и юношеском возрасте.

Особая роль в патогенезе реактивных артритов отводится иммунным воспалительным процессам в суставах. Ответ Т-лимфоцитов в суставах на бактериальные антигены заключается в выработке цитокинов, которые контролируют воспаление и деструкцию тканей в суставах. Так, например, при реактивных артритах хламидийной этиологии выявлена спонтанная продукция гамма-интерферона, являющегося с одной стороны провоспалительным цитокином, с другой – цитокином, играющим роль в элиминации хламидий. Кроме того, при хламидийных артритах выявлено увеличение ИЛ-4, который поддерживает воспаление за счет реакции гиперчувствительности замедленного типа.

При хламидийных артритах, кроме того, выявлено повышенное содержание в суставах ИЛ-10, 17, ИЛ-4 и ФНО-альфа. Последние три цитокина ответственны за разрушение хряща и развитие эрозий костной ткани. В ответ на инфекцию вырабатывают цитокины и клетки синовиальной оболочки – синовиоциты.

Существует теория так называемой «молекулярной» мимикрии HLA-B27 и агентов, вызывающих артрит. Считают, что при этом вовлекаются в процесс и другие гены, находящиеся в неравновесном сцеплении с HLA-B27, включая и антигены класса 2 главного комплекса гистосовместимости. Участие

HLA-B27 в генезе реактивных артритов доказывается и тем, что у ряда здоровых лиц, позитивных по B27, наблюдается увеличение синтеза Ig M-антител при стимуляции иерсиниями и IgA-антител при стимуляции сальмонеллами. Считают также, что роль HLA-B27 скорее сводится к определяющему тяжести течения болезни, персистенцию инфекционного агента и формированию хронического артрита.

**Клиническая картина реактивных артритов.** В настоящее время достаточно хорошо изучены острые формы реактивных артритов. Существуют определенные клинические признаки, характерные для всех видов этой суставной патологии: 1) молодой возраст (20-40 лет), 2) хронологическая связь с инфекцией, 3) чаще острое начало, 4) поражение сакроилеального сочленения, 5) наличие внесуставных поражений, 6) отсутствие ревматоидного фактора, 7) относительно доброкачественное течение, но у 30% больных может наступить рецидивирование и хронизация процесса, 8) ассоциация с HLA-B27 антигеном.

*Клинические проявления очага локальной инфекции*

**Клинический спектр хламидийной инфекции у мужчин.** Хламидийный уретрит часто протекает малосимптомно, больные могут длительно не обращаться к врачу. Инкубационный период при нем длится от 1 до 2-3 недель. Клинические проявления нередко могут исчезать без лечения, но впоследствии возникают осложнения в виде простатитов, эпидидимитов, орхоэпидидимитов, нередко – стриктуры уретры. Особо следует отметить простатит, возникающий как осложнение урогенитального хламидиоза. Именно ему отводится ключевая роль в формировании реактивных артритов урогенитальной этиологии. Особенностью его является зачастую бессимптомное, но очень упорное течение. Острые формы простатита – крайняя редкость при урогенитальном хламидиозе.

**У женщин урогенитальный хламидиоз** нередко протекает в виде слизисто-гнояного цервицита, сальпингита. Часто возникает синдром дизурии (учащенное мочеиспускание); у женщин хламидии являются причиной внематочных беременностей, самопроизвольных абортов, бесплодия.

**Клинический спектр микоплазменной урогенитальной инфекции.** У мужчин НГУ микоплазменной этиологии до конца не доказан, так как какой-либо специфической клинической картины при выделении этого микроорганизма из уретры нет. Наибольшую роль они, вероятно, играют в изменении сперматогенеза, следствием этого – бесплодие. В то же время, при воспалительных процессах в мочеполовом тракте эта инфекция выделяется в 2-4 раза чаще, чем у здоровых. У женщин микоплазмы могут быть причиной кольпита, эндоцервицита, сальпингита. Наиболее опасна она при беременности, так как поражает плодное яйцо во всех стадиях развития.

**Поражение суставов при реактивных артритах.** Изменения в суставах носят воспалительный характер – развивается синовит. Могут быть длительные артралгии, эквивалентные артриту. Характер поражения чаще носит моно- и олигоартикулярный, но может быть и полиартрит. Заболевание, как правило, начинается с крупных (коленных) или средних (голеностопных) суставов, т.е. тех, которые чаще подвергаются микротравмам. Вовлечение мелких суставов может наступить позже – как правило, это суставы стопы (предплюсны, плюсны, межфаланговые и плюснефаланговые). Вовлечение межфаланговых и плюснефаланговых суставов с возникающим периартикулярным отеком формирует своеобразные клинические феномены, получившие название «псевдоподагрический палец» (если поражены суставы первого пальца стопы) или «сосискообразный палец» (если поражены суставы 2-4 пальцев стопы). Вовлечение суставов носит, как правило, асимметричный характер по типу «лестницы» или «спирали» – когда возникает ступенчатое последовательное поражение снизу вверх (левый голеностопный – правый голеностопный – левый коленный и т.д.). При хроническом течении могут вовлекаться и суставы рук – лучезапястные, мелкие суставы кисти. Артрит сравнительно доброкачественный, довольно хорошо купируется НПВП, но иногда требует локального внутрисуставного применения глюкокортикостероидов. У части больных воспаление в суставах носит упорный, торпидный характер, что позволило некоторым авторам выделить так называемый ревматоидоподобный вариант. При выраженном синовите характер болей воспалительный, т.е. беспокоят и в покое, ночью; при незначительных воспалительных изменениях боли имеют нагрузочный ритм.

По частоте поражения на первом месте – коленные суставы, на втором – голеностопные, реже – мелкие суставы стоп; суставы рук чаще поражаются при затяжном и хроническом течении.

Для УРеА природы характерно поражение параартикулярных тканей, обусловленное энтезопатиями, т.е. вовлечением в воспалительный процесс мест прикреплений связок к костям, сухожилий, капсул суставов, фиброзной части межпозвоночных дисков.

Воспаление в месте прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости проявляется припухлостью его, болезненностью и носит название – ахиллодиния. Воспаление подпяточной сумки и подошвенного апоневроза протекает в виде подпяточного бурсита и подошвенного фасциита. Эти проявления вместе формируют своеобразное изменение стопы, которое ранее называли «гонорейная стопа», т.к. еще не были идентифицированы возбудители при урогенных реактивных артритах. Многие авторы считают, что характерные изменения при такой стопе, включающие: ахиллодинию подошвенный фасциит, подпяточный бурсит, формирующееся плоскостопие являются такой же «визитной карточкой» больных урогенными реактивными артритами как изменение кисти при ревматоидном артрите. Исходом подпяточного бурсита и ахиллодинии являются, так называемые, «рыхлые пяточные шпоры». Иногда они могут быть господствующим и даже единственным симптомом клинической картины.

**Поражение мышц.** Больные урогенными реактивными артритами с первых дней заболевания жалуются на мышечные боли, особенно в мышцах ног. В основе этих болей, возможно, лежит поражение сосудов. Впоследствии наступает мышечная атрофия, которая может прогрессировать, больные худеют, теряют в массе.

**Поражение осевого скелета.** Для реактивных артритов характерно поражение осевого скелета, костей таза, илеосакральных сочленений. В основе этого поражения также лежат энтезопатии. Эти изменения и позволили относить их к группе серонегативных спондилоартропатий.

**Дорсалгии.** Более половины больных жалуются на боли в спине, чаще всего в пояснично-крестцовом отделе, реже – в шейном и грудном. Боли чаще носят нагрузочный ритм. Реже бывают ночью, усиливаются к утру. Последний вариант болей наблюдается преимущественно у больных с длительным течением болезни. При пальпации вдоль остистых отростков позвонков у этих больных определяется болезненность. Физиологические изгибы позвоночника сохраняются. Существенного ограничения подвижности в том или ином отделе позвоночного столба, как это наблюдается при анкизирующем спондилоартрите, у больных с реактивными артритами не бывает. Симптомы Отта, Форестье, Томайера – отрицательны.

**Поражение костей таза и илеосакральных сочленений.** Очень характерным является сакроилеит. Сакроилеит при реактивных артритах, как правило, односторонний, но может быть и двусторонним, асимметричным. Клинически он проявляется болями в области крестца, ягодицы, иногда больные указывают на тазобедренный сустав, но при детальном осмотре выявляются признаки сакроилеита. Боли в области крестца у больных реактивными артритами имеют нагрузочный ритм, крайне редко бывают в покое. Изменения в крестцово-подвздошных сочленениях можно определить с помощью симптомов Кушелевского 1-3, они при наличии сакроилеита у больного положительные.

Проявления суставного синдрома могут носить развернутый характер: артрит периферических суставов, позвоночного столба, илеосакральных сочленений, но могут протекать и в виде изолированных энтезопатий (подпяточного ахиллобурсита и подошвенного фасциита), а также в виде изолированного сакроилеита.

**Поражение внутренних органов.** Поражение внутренних органов нередко при реактивных артритах, эти заболевания являются системными.

**Лихорадка** является частым признаком болезни, в основном сопровождается острыми, манифестными формами, но может быть и при затяжных. При острым процессе носит фебрильный характер, иногда достигая 39°C и выше, при подостром и затяжном течении чаще субфебрильная. Лихорадка всегда сопутствует обострению процесса.

**Поражение сердечно-сосудистой системы.** Встречаются значительно чаще, чем диагностируются. Чаще возникают при острым и подостром течении.

**Миокардит** проявляется одышкой, тахикардией, нередко нарушениями ритма по типу экстрасистолии, преходящей мерцательной аритмии. Наиболее грозное поражение в прогностическом плане – поражение аортальных клапанов с исходом в аортальную недостаточность, которое в настоящее время наблюдается крайне редко. Проплапс митрального кла-

пана возникает нередко и зачастую требует прицельного обследования. Нарушения ритма могут носить самостоятельный характер без вовлечения миокарда. Больным с реактивными артритами свойственна склонность к тахикардии. Нередко возникает экстрасистолия и даже преходящая мерцательная аритмия. Особенностью аритмий является то, что они проходят или уменьшаются на фоне противомикробной терапии. Иногда поражения сердца могут быть «электрокардиографической находкой», т.е. при отсутствии жалоб больного. При этом наблюдаются: единичные экстрасистолы, нарушения проводимости по типу неполной блокады правой ножки пучка Гиса, изменения конечной части желудочкового комплекса.

**Поражения нервной системы.** Чаще они наблюдаются в виде периферических моно- и полиневритов, особенно на них надо обращать внимание при наличии мышечной атрофии. Изредка встречаются менингоэнцефалиты. В основе поражения нервной системы, вероятно, лежит васкулит.

**Поражение вен.** Нередкий симптом, иногда выступает на первый план, проявляется в виде флебитов, чаще вен нижних конечностей. Нередко больные длительно лечатся и наблюдаются у ангиохирургов и только затем попадают к ревматологу.

**Поражение глаз.** Особенностью глазного синдрома является то, что он может появиться с интервалом в несколько недель, месяцев, а нередко и лет, зачастую носит преходящий характер. Больные примерно в половине случаев заболевания первоначально лечатся у окулистов. Описаны всевозможные поражения, в частности при УРеА, это: конъюнктивиты (встречаются наиболее часто), ириты, хориоидиты, кератиты, увеиты, изъязвления роговицы, катаракта. Описана даже от-

слойка сетчатки. Конъюнктивит как наиболее частое вовлечение, может появиться до заболевания, во время суставного синдрома, изредка после него. Увеиты чаще возникают во время повторных атак, наличие их принято связывать с антигеном гистосовместимости HLA B27. При повторных атаках увеит выступает на первый план и «сглаживает» суставной синдром.

**Кожные проявления при реактивных артритах.** Наблюдаются более чем в 50% случаев. Носят разнообразный характер. В настоящее время доказано, что в основе кожных проявлений лежит лейкоцитокластический васкулит. Изменения проявляются безболезненными изъязвлениями слизистой полости рта, самостоятельно заживающими; псориазоподобными высыпаниями, которые изредка могут давать генерализованные формы, вплоть до обширного пустулезного псориаза. Причем удельный вес псориазоподобных изменений нарастает с увеличением длительности суставного синдрома. Изменения кожи в виде бленнорейной кератодермии очень характерны для урогенных артритов – это появление небольших пузырьков на ладонях, чаще подошвах, быстро покрывающихся чешуйками кожи. Очень характерным и патогномичным для УРеА поражением кожи является так называемый цирциарный баланит – язвенноподобные изменения вокруг уретры на головке пениса.

Таким образом, УРеА представляют собой серьезную проблему современной клинической медицины. Они отличаются тесной связью с мочеполовой инфекцией, их встречаемость зависит от частоты этих инфекций в популяции, клиническая картина имеет свои отличительные черты.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В. и др. Критерии диагноза реактивных артритов (проект) // Научно-практическая ревматология. – 2003. – №3. – С.82-83.
2. Агабабова Э.Р. Реактивные артриты и болезнь Рейтера // Ревматические болезни: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. – М.: Медицина, 1997. – С.324-335.
3. Горяев Ю.А., Аснер Т.В. Целенаправленное выявление больных, страдающих урогенными реактивными артритами

// Ревматология. – 1987. – №4. – С.29-34.

4. Забиров К.И., Мусаков В.Ю., Самхарадзе А.Д. и др. Негонококковые уретриты у мужчин // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7. №7. – С.1-9.

5. Braun J., Kingsley G., van der Heijde D., Sieper J. On the difficulties of establishing a consensus on the definition of and diagnostic investigations for reactive arthritis. Results and discussion of a questionnaire prepared for the 4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin, Germany, July 3-6, 1999 // J. Rheumatol. – 2000. – Vol. 27. – P.2185-2192.

**Информация об авторах:** 664046, Иркутск, а/я 62, тел. (3952) 703722, 229933, Аснер Татьяна Викторовна – доцент, к.м.н., Калягин Алексей Николаевич – доцент, к.м.н.

## ПЕДАГОГИКА

© ЖУКОВА Е.В., ПОГОРЕЛОВА И.Г., КАЛЯГИН А.Н. – 2010

### ВЕРБАЛЬНЫЕ КОММУНИКАЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Е.В. Жукова, И.Г. Погорелова, А.Н. Калягин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра гигиены труда и гигиены питания, зав. – д.м.н., проф. Е.П. Лемешевская, кафедра коммунальной гигиены и гигиены детей и подростков, зав. – д.б.н., проф. Л.П. Игнатьева, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев)

**Резюме.** В статье рассматриваются техника и культура речи преподавателя, их значение в учебном и воспитательном процессах, пути овладения технологией общения.

**Ключевые слова:** педагогическая техника, педагогическое мастерство, знания, умения, техника и культура речи.

### VERBAL COMMUNICATIONS IN ACTIVITY OF THE TEACHER OF THE HIGHER SCHOOL

E. V. Zhukova, I. G. Pogorelova, A. N. Kalyagin  
(Irkutsk State Medical University)

**Summary.** In the article a technique and standard of speech of a teacher, their significance in training and educational processes have been considered.

**Key words:** pedagogical technique, pedagogical skill, knowledge, abilities, technique and a standard of speech.