

Е. А. Никиташина, А. В. Кирпичева

Научный руководитель: д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии Е. И. Михайлова

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТОИДНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Введение

Ревматоидный артрит (РА) продолжает оставаться одной из самых актуальных патологий в современной медицинской практике. Этому способствует его высокая социальная и экономическая значимость, основанная на высоких показателях стойкой потери трудоспособности пациентов и значительной стоимости лечения [1,2].

Хроническая боль является одним из факторов, значительно снижающих качество жизни пациентов, страдающих РА. Известно, что болевой синдром при РА представлен разными фенотипами. Определение фенотипа боли поможет врачу определиться с тактикой ведения пациента, назначить ему адекватную терапию и, как следствие, улучшить качество жизни пациента.

Цель

Изучить распространенность и проявления НБ у пациентов с РА.

Материал и методы исследования

Проведено анкетирование 134 пациентов с установленным диагнозом РА, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении «Гомельская областная клиническая больница» в период с 01.02.2024 по 01.02.2025. Среди субъектов исследования было 17,16% (n=23) мужчин и 82,83% (n=111) женщин. Средний возраст испытуемой группы составил $59,8 \pm 2,0$ года.

Диагноз РА выставлен в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями» № 522 от 10.05.2012 и подтвержден клиническим, лабораторным и рентгенологическим обследованием [3].

Для выявления НБ был использован опросник по боли PainDetect (PD-Q), наиболее полно отражающий все возможные характеристики болевого синдрома. Оценка заполнения опросника предусматривала отрицательный (1–12 баллов), неопределенный (13–18 баллов) и положительный (19–35 баллов) результат.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы MedCalc 23.0.2. Качественные показатели представлены в абсолютных и относительных величинах. Для проверки статистических гипотез применялись точный критерий Фишера и двусторонний критерий χ^2 . Уровень статистической значимости соответствовал $< 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка интенсивности боли по шкале ВАШ. Среднее значение интенсивности боли, которую испытывали пациенты на момент вступления в исследование составила $49,11 \pm 3,85$ мм, среднее значение интенсивности наиболее сильного приступа боли за последние 4 недели – $77,52 \pm 3,78$ мм, среднее значение интенсивности боли, которую испытывали в течение последних 4 недель – $61,04 \pm 3,69$ мм.

Характер протекания боли (4 вопроса). Более половины пациентов (72,38%) отмечали непрерывную боль, которая или сопровождалась периодическими приступами или менялась по интенсивности незначительно. Характер протекания боли показан на рисунке 1.



Рисунок 1 – Характер протекания боли, %

Локализация боли. Практически у половины опрошенных пациентов (47,83%) боль локализовалась в пястно- и плюснефаланговых суставах. Локализация боли отражена на рисунке 2.

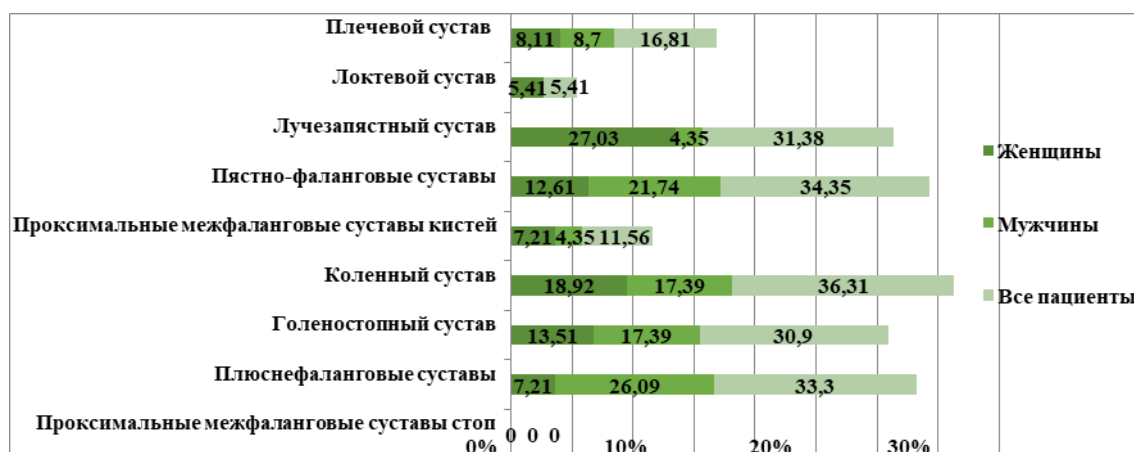


Рисунок 2 – Локализация боли (%)

Иррадиация боли. Иррадиация боли была выявлена в 62,7% (n=84) случаев в общей группе пациентов. У мужчин она встречалась в 47,83% (n=11), у женщин – в 65,77% (n=73). Результаты представлены на рисунке 3.

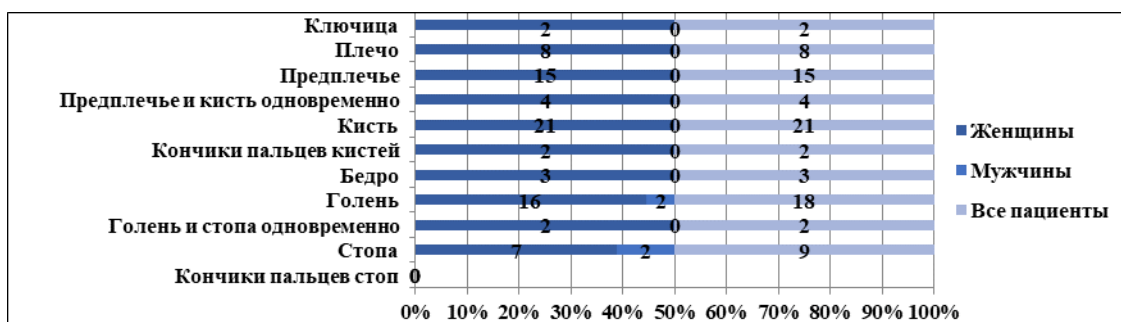


Рисунок 3 – Направления иррадиация боли (%)

Вопрос 1. Пятьдесят один (38,1%) пациент чувствовал незначительное, умеренное, сильное или очень сильное жжение.

Вопрос 2. Восемьдесят один (60,4%) пациент чувствовал незначительное, умеренное, сильное или очень сильное покалывание или пощипывание.

Вопрос 3. Двадцать девять (21,6%) пациентов чувствовали незначительную, умеренную, сильную или очень сильную боль при легком соприкосновении с одеждой или одеялом.

Вопрос 4. Пятьдесят девять (44,0%) пациентов чувствовали легкую, умеренную, сильную или очень сильную резкую боль, как при ударе током.

Вопрос 5. Сорок пять (33,6%) пациентов чувствовали легкую, умеренную, сильную или очень сильную боль при воздействии холодного или горячего.

Вопрос 6. Восемьдесят (59,7%) пациентов чувствовали незначительное, умеренное, сильное или очень сильное онемение.

Вопрос 7. Пятьдесят четыре (40,3%) пациента чувствовали незначительную, умеренную, сильную или очень сильную боль при легком нажатии (рисунок 4).

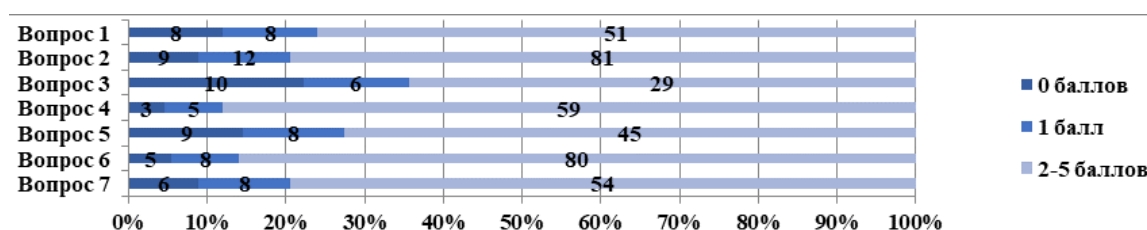


Рисунок 4 – Градация боли, %

Анализ результатов обследования пациентов на наличие невропатического компонента боли показал, что пациенты с ревматоидным артритом не отличались между собой по частоте наличия (вероятная и возможная НБ) или отсутствия (маловероятная НБ) невропатического компонента, как в общей группе, так и в группе лиц женского пола ($\chi^2=1,49$; $p=0,22$ и $\chi^2=0,02$; $p=0,89$, соответственно). Вероятная и возможная НБ встречалась по сравнению с маловероятной НБ реже в группе пациентов мужского пола ($\chi^2=10,29$; $p=0,001$). Результаты анализа показаны в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты обследования пациентов с РА на наличие невропатического характера боли

Наличие невропатического характера боли	Все пациенты (n; %)	В зависимости от пола	
		Мужчины (n; %)	Женщины (n; %)
Маловероятная НБ	72; 53,73	16; 69,57	56; 50,45
Возможная НБ	36; 26,87	4; 17,39	32; 28,83
Вероятная НБ	26; 19,40	3; 13,04	23; 20,72
Возможная/ вероятная НБ	62; 46,27	7; 30,43	55; 49,55

Следовательно, невропатический компонент боли имеет большое значение в формировании болевого синдрома у пациентов с ревматоидным артритом, особенно у лиц женского пола.

Выводы

НБ встречалась у 46,27% пациентов с ревматоидным артритом и имело большое значение в формировании болевого синдрома у лиц женского пола (50,45% против 49,55%, $\chi^2=0,02$; $p=0,89$, соответственно).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Трубникова, Н. С. Проблемы коморбидного фона у пациентов с ревматоидным артритом / Н. С. Трубникова, Л. Н. Шилова, А. В. Александров // Вестн. Волг. гос. мед. ун-та. – 2019. – Т. 2, № 70. – С. 12 – 16.
2. Юлдашева, Г. Б. Ревматоидный артрит // Экономика и социум. – 2023. – Т. 4 –1, № 107. – С. 1062–1065.
3. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями» 10.05.2012 № 522.pdf (minzdrav.gov.by)

УДК 616.127-005.8

С. А. Постоялко, Т. Р. Гриппа

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Волчек

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

МОДЕЛЬ ФОТОИНДУЦИРОВАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У КРЫС

Введение

В научном сообществе широко используется модель инфаркта миокарда у крыс [1] для исследования эффективности лекарственных средств, назначаемых при ишемической болезни сердца. На сегодняшний день наиболее распространенным методом является остановка кровоснабжения миокарда посредством наложения лигатуры на переднюю нисходящую коронарную артерию с последующим ее снятием для восстановления кровотока [2]. Однако этот метод имеет существенный недостаток – он не воспроизводит естественные процессы реканализации сосуда и рассасывания тромба, что снижает надежность экспериментов и затрудняет комплексный анализ воздействия лекарственных средств на системы гемостаза и тромболизиса. В связи с этим разработка метода, патогенез которого в большей степени отражает клиническую картину ишемии, остается крайне актуальной задачей. Опираясь на успешное применение фототромбоза при моделировании ишемического инсульта, нами была предпринята попытка создания новой экспериментальной модели инфаркта миокарда.

Цель

Разработать экспериментальную модель острого инфаркта миокарда у крыс с использованием фототромбоза.

Материал и методы исследования

Эксперимент проводили на трех самках линии Wistar с массой тела от 330 до 380 г. Моделирование ишемического поражения миокарда осуществляли с помощью фотоиндуцированного тромбоза передней нисходящей коронарной артерии. Под севوافлурановой анестезией крыс размещали на операционном столе после предварительного выбривания шерсти на левой грудной клетке и ее дезинфекции 75% раствором этанола. Кожный разрез делали вдоль передней средней линии в области четвертого-пятого межреберий длиной 3,5 см. После отделения подкожных тканей приступали к рассечению межреберных мышц в пятом межреберье. Затем, с применением ретракторов, операционное поле расширяли до 2 см, не повреждая ребер. Фиксируя сердце легким нажатием на грудную клетку, на переднюю нисходящую коронарную артерию в течение 3 минут направляли луч полупроводникового лазера с длиной волны 532 нм, мощностью 75 мВт и диаметром пучка 3 мм. Перед облучением животным вводили в вену хвоста изотонический водный раствор бенгальского розового в дозе 25 мг/кг, который инициировал тромбообразование в облучаемых тканях. В контрольной группе вместо бенгальского розового использовали