

ка, у 45,4 % — на грудном и у 24,9 % — на пояснично-крестцовом. Лишь у 0,12 % из всех прооперированных развился стойкий неврологический дефицит [2, 4]. По результатам одного из клинических исследований, использование ИНМ при операциях на щитовидной железе и центральной клетчатке шеи позволило снизить частоту паралича возвратного гортанного нерва более чем в 2 раза [1]. Так же при выполнении лимфодиссекции в проекции добавочного нерва у группы пациентов во время операции с применением ИНМ нерв был успешно обнаружен и сохранен, в то время как у группы пациентов без применения ИНМ во время операции парез и паралич добавочного нерва зарегистрирован в 7,1 % случаях. При операциях на околоушных слюнных железах, где существует риск повреждения ствола и ветви лицевого нерва, при применении мониторинга, паралича мимических мышц лица не зарегистрировано ни в одном случае. Однозначно доказана эффективность ИНМ при проведении теста транспедикулярных винтов, позволяющий оценить их безопасное положение. Однако имеется несколько работ, в которых описана ненадежность ИНМ в том случае, если операции проводились по поводу сколиоза на фоне нервно-мышечных заболеваний или по поводу дегенеративных изменений позвоночника на уровне корешков L1-L4 [2].

Выводы

ИНМ является наиболее эффективным и безопасным методом, позволяющим предупредить непреднамеренное повреждение нервных структур во время операции, тем самым снижая частоту послеоперационных неврологических осложнений. В то же время следует понимать, что ни один метод не гарантирует предотвращение развития отсроченной паралигии, наступившей после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Румянцев, П. О. Интраоперационный нейромониторинг при операциях на голове и шее / П. О. Румянцев // Опухоли головы и шеи. — 2012. — № 1. — С. 32–36.
2. Макарьин, В. А. Интраоперационный нейромониторинг при оперативных вмешательствах на щитовидной и околощитовидных железах: показания к проведению, методика выполнения / В. А. Макарьин // Эндокринная хирургия. — 2016. — Т. 10, № 2. — С. 6–13.
3. Фуки, Е. М. Микроскопическая визуализация и электрофизиологический нейромониторинг в профилактике травм гортанных нервов при операциях на щитовидной железе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Е. М. Фуки. — М., 2010. — 17 с.
4. Epstein, N. E. The need to add motor evoked potential monitoring to somatosensory and electromyographic monitoring in cervical spine surgery / N. E. Epstein // Surg Neurol Int. — 2013. — № 4 (Suppl 5). — P. 383–391.
5. Neuromonitoring changes in pediatric spinal deformity surgery: a single-institution experience / J. Ferguson [et al.] // J Neurosurg Pediatr. — 2014. — № 3. — P. 247–254.

УДК 616.72-002.77(476.2)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Зернекова П. А., Белян О. В.

Научные руководители: *О. А. Ярмоленко*, к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

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

Введение

Ревматоидный артрит (РА) является самым распространенным аутоиммунным заболеванием. Это хроническое системное заболевание соединительной ткани неясной этиологии со сложным аутоиммунным процессом и преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного артрита [1]. В настоящее время эта проблема является одной из ведущих в ревматологии. Хроническая боль, прогрессирование деструкции суставов и нарушение функции опорно-двигательного аппарата приводят к ухудшению качества жизни и ранней инвалидизации пациентов (70 %) [2]. Этиология заболевания точно

неизвестна. Потенциальными триггерными факторами считаются вирусная и бактериальная инфекция, стресс, перегревание, переохлаждение. Одним из важных этиологических факторов является генетическая предрасположенность [3]. Клиническая картина определяется суставным синдромом и системным поражением органов и тканей. Характерна утренняя скованность в суставах не менее 1 часа. При осмотре отмечается их припухлость, болезненность при пальпации, гиперемия кожи над ними. По мере прогрессирования суставного синдрома в развернутой стадии заболевания возникают вывихи, подвывихи, формируется стойкая деформация суставов, обусловленная фиброзным или костным анкилозом [2, 3]. Наиболее типичными для РА являются деформации кисти с отклонением пальцев в сторону локтевой кости — ульнарная девиация. К частым внесуставным проявлениям относятся ревматоидные узелки, кожный васкулит, нейропатия, плеврит, перикардит, сухой синдром [4]. Для диагностики РА использую лабораторные (общий и биохимический анализ крови, определение ревматоидного фактора, антител к цитруллиновым белкам и дополнительные серологические тесты) и инструментальные методы исследования (рентгенологическое и ультразвуковое исследование суставов) [4].

В основе терапии РА лежит симптоматическое лечение: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), глюкокортикостероиды системного действия (ГКС) и применение базисных противовоспалительных препаратов (БПВП), среди которых «золотым стандартом» является метотрексат. Препарат подавляет избыточную активность иммунной системы, блокирует выработку и выброс медиаторов воспаления, в частности простагландинов [2, 4].

Цель

Изучить особенности течения и лечения ревматоидного артрита у пациентов Гомельской области.

Материал и методы исследования

В ходе исследования был проведен осмотр, опрос и анкетирование 54 пациентов в возрасте от 30 до 80 лет с достоверным диагнозом ревматоидный артрит, изучены стационарные карты пациентов.

Результаты исследования и их обсуждения

Исследуемая группа составила 54 человека. Среди них 50 (92,59 %) женщин и 4 (7,41 %) мужчин.

В зависимости от того, в каком возрасте началось заболевание, пациенты были разделены на возрастные группы. Данные отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Пик заболеваемости

Возрастная группа	Кол-во пациентов	Средний возраст (лет)	Стандартное отклонение (+/-)	%
От 30 до 40 лет	18	33,22	1,55	33,34
От 41 до 50 лет	4	44,5	1,29	7,41
От 51 до 60 лет	25	54,6	3,01	46,29
От 61 до 70 лет	4	65	2,44	7,41
От 71 до 80 лет	3	74,6	3,78	5,55

Начало заболевания пациенты связывают с различными этиологическими факторами. Результаты опроса представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Влияние этиологического фактора на начало заболевания

Триггер (пусковой фактор)	Количество пациентов	%
Стресс	17 человек	31,48
Переохлаждение	11 человек	20,37
Перегревание	7 человек	12,96
Перенесенная инфекция	6 человек	11,12
Наследственность	13 человек	24,07

Из числа опрошенных, 46 (85 %) пациентов отмечают, что заболевание началось с симметричного поражения мелких суставов кистей, однако у 8 (15 %) пациентов заболевание дебютировало с моноартрита голеностопного — у 4 (7,77 %) пациентов, коленного — у 6 (11,13 %) пациентов, плечевого — у 3 (5,55 %) пациентов и у 2 (3,75 %) пациентов — локтевого суставов.

У 30 (55,56 %) пациентов первый симптом — боль в области сустава, у 8 (14,82 %) — утренняя скованность, а у 16 (29,62 %) пациентов отмечались и болевые ощущения, и скованность в области пораженного сустава. Так же у 35 (64,82 %) пациентов наблюдались дополнительные симптомы: припухлость, гиперемия, гипертермия пораженного сустава.

Серопозитивный РА диагностирован у 47 (87,04 %) пациентов и серонегативный РА — у 7 (12,96 %) пациентов. У 45 (83,3 %) пациентов отрицательный ревматоидный фактор (РФ) и всего лишь у 9 (16,7 %) — положительный РФ.

В терапии РА комбинацию препаратов. Метотрексат + сульфасалазин + ГКС — 12 (22,22 %) пациентов, метотрексат + НПВС — 9 (16,68 %) пациентов, сульфасалазин + ГКС — 3 (5,56 %) пациента, метотрексат + НПВС + ГКС — 26 (48,14 %) пациентов, НПВС + ГКС — 4 (7,40 %) пациента (в связи с отказом от приема БПВП).

Выводы

1. Ревматоидным артритом болеют преимущественно женщины (92,59 %).
2. Пик заболеваемости приходится на возраст от 30 до 40 лет (33,34 %) и от 51 года до 60 лет (46,29 %).
3. Большая часть пациентов связывает начало заболевания со стрессом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Моисеева, А. И.* Внутренние болезни: учебник: в 2 т. / под ред. А. И. Моисеева, Н. А. Мухина, В. С. Мартынова. — 3-е изд., испр. и доп. — Минск: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 896 с.
2. *Новикова, И. А.* Аутоиммунные заболевания: диагностика и принципы терапии: учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. — Минск: Выш. шк., 2017. — 367 с.
3. Ревматические заболевания: в 3 т. / Заболевания костей и суставов / под ред. Дж. Х. Клиппела [и др.]; пер. с англ. под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насонова, Ю. А. Олюнина. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — Т. 2. — 515 с.
4. *Олюнин, Ю. А.* Ревматоидный артрит. Современные алгоритмы лечения / Ю. А. Олюнин, Н. Ю. Никишина // РМЖ Медицинское обозрение. — 2016. — № 26. — С. 1765–1777.

УДК 616.28-002-053.2

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ

Зылевич А. А., Поддубный А. А., Гридюшко С. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Экссудативный средний отит (ЭСО) занимает значимое место в структуре ЛОР-патологии. Распространенность ЭСО особенно высока среди детей. Уязвимость детей и подростков обусловлена морфологическими особенностями и физиологической несостоятельностью различных органов и систем детского организма, следствием которой, в том числе, является возрастная предрасположенность к развитию воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. В детском возрасте, как правило, поражаются оба уха. Но несмотря на многообразные подходы к лечению этого заболевания, многочисленные исследования свидетельствуют о неуклонном росте числа больных с рецидивирующим течением [1, 2].