

ЛИТЕРАТУРА

1. Олисова, О. Ю. Роль фактора роста сосудистого эндотелия в патогенезе розацеа и его медикаментозная коррекция / О. Ю. Олисова, М. И. Додина, Н. Е. Кушлинский: Клин. Дерматол. Венерол. — 2012. — С. 49–55 с.
2. Вульф, К. Дерматология по Томасу Фицпатрику/ К. Вульф, Р. Джонсон. — Изд. 2-е. пер. с англ.: Атлас — справочник. — 2007. — 16 с.
3. Potential role of Demodex mites and bacteria in the induction of rosacea / S. Jarmuda [et al.] // J. Med Microbiology. — 2012. — Vol. 16. — 154 p.
4. Тюрин, Ю. А. Природная устойчивость бактерий к факторам врожденной иммунной системы, обусловленная бактериальными протеазами / Ю. А. Тюрин, И. Г. Мустафин, Р. С. Фассахов // Практик. Мед. — 2010. — 13 с.
5. Ильина, И. В. Современные аспекты патогенеза и принципы терапии розацеа / И. В. Ильина, С. А. Масюкова, Э. Г. Гладько // Cons. Med. — 2011. — 28 с.

УДК 616.85:616.72-002.772

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ярошевич Б. С.

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

Введение

Ведущей жалобой у пациентов с ревматоидным артритом (РА) является боль. Однако интенсивность болевого синдрома не всегда ассоциируется с активностью воспалительного процесса. Причина болевого синдрома при РА может существенно отличаться не только у разных пациентов, но у одного и того же пациента на разных стадиях заболевания, в периоды обострения и снижения воспаления. Наряду с признаками воспалительной боли у пациентов с РА выявляются поражения соматосенсорной нервной системы в виде нейропатической боли. Отличительной особенностью данной боли является полное отсутствие эффекта или незначительное уменьшение интенсивности при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов. Поэтому раннее выявление и дифференцированный подход к болевому синдрому является необходимым компонентом успешной фармакотерапии пациентов с РА.

Цель

Изучить особенности возникновения нейропатического компонента боли (НКБ) у пациентов с РА.

Материал и методы исследования

Проведено обследование 40 пациентов с верифицированным диагнозом РА. Диагноз РА устанавливался в соответствии с диагностическими критериями ACR/EULAR (2010) [1]. Активность заболевания выставлялась на основании индекса DAS28[2]. Стадия заболевания соответствовала рентгенологической классификации по Штейнброкеру [3]. Объективизация нейропатической боли проводилась с использованием специального опросника rainDETECT. Маловероятное наличие нейропатического компонента боли считалось при сумме баллов < 13, возможное наличие НКБ соответствовало 13-18 баллам, о высокой вероятности НКБ свидетельствовала сумма баллов более 19 [4].

Результаты исследования и их обсуждение

Был проведен опрос пациентов, находившихся на лечении в ревматологическом отделении Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2019 г.

В исследование были включены 40 пациентов с РА, из них 8 (20,0 %) пациентов составили мужчины, а 32 (80,0 %) пациента — женщины. Возрастной диапазон колебался от 36 до 68 лет (Me = 52,0; 95 %ДИ: 41,0–57,0).

По результатам исследования достоверный и вероятный НКБ наблюдался у 5 и 9 пациентов, что составило 12,5 и 22,5 %, соответственно. Маловероятный НКБ был

установлен у 25 (62,5 %) исследуемых пациентов. В структуре пациентов с достоверным и вероятным НКБ преобладали женщины (100,0 и 89,0 %, соответственно). Из 5 человек с достоверным НКБ 4 пациента имели умеренную активность РА, 1 пациент — низкую, рентгенологически все они соответствовали 3 стадии. Из группы вероятного НКБ низкая активность наблюдалась у 1 пациента, умеренная активность диагностирована у 6 пациентов, высокая — у 2. Рентгенологические костно-суставные изменения в группе вероятного НКБ были распределены следующим образом: 1 пациент соответствовал 1 стадии, 6 человек имели 2 стадию, 3 человека — 1 стадию.

Выводы

Нейропатическая боль является распространенным компонентом болевого синдрома при РА, с преимущественным поражением лиц женского пола, чаще выявляемая на более поздних стадиях заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Портал ревматологической помощи [Электронный ресурс] / Диагностические критерии ревматоидного артрита (ACR/EULAR, 2010). — Режим доступа: <https://rheumo.ru/informat/ra/44-kriterii-diagnostiki.html>. — Дата доступа: 28.03.2020.
2. DAS-calculator [Электронный ресурс] / DAS28. — Режим доступа: <https://das-score.nl/das28/DAScalculators/dascalculators.html>. — Дата доступа: 28.03.2020.
3. Смирнов, А. В. Стадии рентгенологических изменений в суставах при ревматоидном артрите / А. В. Смирнов, Д. Е. Каратеев // Русский медицинский журнал. — 2014. — № 7. — С. 551–554.
4. PainDETECT [Электронный ресурс] / Опросник боли. — Режим доступа: <https://painrussia.ru/upload/iblock/ba1/ba1dfb5c1b70cf45ac3021fac3574a9.pdf>. — Дата доступа: 28.03.2020.

УДК 612.017.3:577.175.63

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕАКЦИИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРОГЕСТОГЕНУ

Яшина Т. П., Михайлова Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Реакции гиперчувствительности к прогестогенам (РПГ) возникают у женщин репродуктивного возраста и могут представлять собой гетерогенную группу кожных и (или) системных аллергических реакций, которые коррелируют с относительными пиками уровня прогестерона в сыворотке крови. Эти реакции могут быть связаны с эндогенными или экзогенными источниками прогестерона.

Прогестерон — это стероидный гормон, полученный из холестерина и являющийся основным прогестогеном в организме человека. Прогестогены — общее собирательное название подкласса стероидных женских половых гормонов, производимых в основном жёлтым телом яичников и частично корой надпочечников, а также плацентой плода. Синтетические прогестогены принято называть прогестинами, они функционально подобны, но структурно отличаются от естественного прогестерона. В нормальном менструальном цикле прогестерон выделяется из желтого тела во время лютеиновой фазы и способствует изменениям в эндометрии, которые подготавливают матку к имплантации. Уровень прогестерона начинает повышаться за 24–48 ч до овуляции и достигает максимума на 20–21-й день 28-дневного цикла. Если беременность не наступает, уровень прогестерона снижается, что приводит к менструации. Если имплантация происходит, прогестерон остается повышенным и подавляет иммунный ответ матери для сохранения беременности.

В литературе для описания реакций гиперчувствительности к прогестогенам наиболее часто используется термин — «аутоиммунный прогестероновый дерматит»,