

УДК 616.72-002.77-08-055.1/.2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕРОНЕГАТИВНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА

Шостак М. Р.

**Научные руководители: ассистент кафедры Д. С. Белогурова;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Ревматоидный артрит (РА) — системное аутоиммунное заболевание, при котором поражаются преимущественно суставы. Прогрессирующее воспаление различных групп суставов и вовлечение в патологический процесс других органов и систем с развитием ревматоидного поражения легких и сердца, васкулита, анемии, остеопороза, депрессии приводят к инвалидизации, социальной дисфункции и преждевременной смерти больных в молодом трудоспособном возрасте [1].

РА распространен во всех странах мира и во всех климатогеографических зонах с частотой 0,5–1,3 % (0,3–1,2 %). Как показывают зарубежные исследователи, РА поражает от 0,24 до 1 % населения. По отчетам Всемирной Организации Здравоохранения в мире свыше 20 млн человек страдают РА. Риск развития РА составляет 3,6 % у женщин и 1,7 % — у мужчин. Имеются сведения, что у одной из 12 женщин и у каждого из 20 мужчин в течение жизни может развиваться воспалительное аутоиммунное ревматическое заболевание [2].

Серонегативный РА — это ревматоидный артрит, при котором в крови пациента не обнаруживается ни ревматоидного фактора, ни антител к цитруллинированному пептиду, как правило, он отличается более легким течением и относительно благоприятным прогнозом, поскольку реже приводит к тяжелому поражению суставов [3].

Цель

Проанализировать особенности клинических проявлений серонегативного ревматоидного артрита у пациентов мужского и женского пола.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 35 стационарных карт пациентов мужского и женского пола, проходивших лечение серонегативного РА в ревматологическом отделении УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в период с июля по октябрь 2019 г.

По половой принадлежности пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (Г1), состоящая из 9 пациентов мужского пола, и 2-я группа (Г2), состоящая из 26 пациентов женского пола.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 12.5 и «Microsoft Excel 2019». Сравнение между группами качественных показателей проводилось с помощью критерия Фишера, χ^2 с поправкой Йетса. Сравнение количественных признаков проводилось с помощью критерия Манна — Уитни (U), t-критерия Стьюдента. Различия между анализируемыми группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов в Г1 составил 49 лет (18; 79), в Г2 — 56 лет (31; 73) ($p = 0,65$; $U = 0,45$).

По количеству проведенных койко-дней, среднее значение в Г1 составило 10,9 койко-дней (3; 15), а в Г2 — 11,9 (2; 17) койко-дней ($p = 0,475$; $t = 0,72$).

Рецидив серонегативного РА в Г1 обнаружен у 8 (88,9 %) пациентов, у 1 (11,1 %) данное заболевание проявилось впервые, в Г2 — у 23 (88,5 %) пациентов рецидив, у 3 (11,5 %) пациентов впервые ($p = 0,97$).

Клиническая характеристика РА для Г1 и Г2 представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика основных диагностических критериев РА в 1-й и 2-й группе

Показатель	1-я группа	2-я группа	Показатель значимости (p ; χ^2)
1 степень активности процесса (%)	4 (44,5 %)	6 (23,1 %)	$\chi^2 = 0,22$, $p = 0,21$
2 степень активности процесса (%)	2 (22,2 %)	16 (61,5 %)	$\chi^2 = 0,05$, $p = 0,04$
3 степень активности процесса (%)	3 (33,3 %)	4 (15,4 %)	$\chi^2 = 0,24$, $p = 0,25$
1 стадия РА по данным рентгенологического исследования (РН) (%)	3 (33,3%)	7 (26,9 %)	$\chi^2 = 0,71$, $p = 0,51$
2 РН стадия РА (%)	2 (22,2 %)	11 (42,3 %)	$\chi^2 = 0,28$, $p = 0,25$
3 РН стадия РА (%)	0 (0 %)	2 (7,7 %)	$\chi^2 = 0,39$, $p = 0,55$
4 РН стадия РА (%)	4 (44,5 %)	6 (23,1 %)	$\chi^2 = 0,22$, $p = 0,21$
1 функциональный класс (ФК) РА (%)	3 (33,3 %)	4 (15,4 %)	$\chi^2 = 0,25$, $p = 0,24$
2 ФК РА (%)	2 (22,2 %)	16 (61,5 %)	$\chi^2 = 0,04$, $p = 0,05$
3 ФК РА (%)	2 (22,2 %)	6 (23,1 %)	$\chi^2 = 0,96$, $p = 0,67$
4 ФК РА (%)	2 (22,2 %)	0 (0 %)	$\chi^2 = 0,01$, $p = 0,06$

При оценке данных таблицы 1, статистически значимых различий по анализируемым диагностическим критериям выявлено не было.

Особенности клинических проявлений заболевания представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Особенности клинических проявлений РА в Г1 и Г2

Показатель	1-я группа	2-я группа	Показатель значимости (p ; χ^2)
Синдром Рейно	1 (11,1 %)	5 (19,2 %)	$\chi^2 = 0,58$, $p = 0,51$
Ревматические узелки	1 (11,1 %)	9 (34,6 %)	$\chi^2 = 0,18$, $p = 0,18$
Миалгия	0 (0 %)	2 (7,7 %)	$\chi^2 = 0,39$, $p = 0,55$
Синдром Фелти	2 (22,2 %)	4 (15,4 %)	$\chi^2 = 0,64$, $p = 0,49$
Поражение проксимальных межфаланговых суставов (ПМФС) кисти	8 (88,9 %)	19 (73,1 %)	$\chi^2 = 0,33$, $p = 0,32$
Поражение МФС стопы	4 (44,4 %)	7 (26,9 %)	$\chi^2 = 0,33$, $p = 0,28$
Поражение лучезапястных (ЛЗ) суставов	5 (55,6 %)	19 (73,1 %)	$\chi^2 = 0,33$, $p = 0,28$
Поражение голеностопных (ГС) суставов	5 (55,6 %)	11 (42,3 %)	$\chi^2 = 0,49$, $p = 0,38$

Исходя из данных таблицы 2, статистически значимых различий в клинических проявлениях РА в Г1 и Г2 не выявлено.

В ходе научной работы нами были рассмотрены средние (mean), минимальные (min) и максимальные (max) значения таких показателей, как индекс массы тела (ИМТ) пациентов, индекс активности заболевания (DAS-28) (рисунок 1), а также данные лабораторных исследований — лейкоциты (Le), скорость оседания эритроцитов (СОЭ), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), С-реактивный белок (СРБ).

Показатель значимости ИМТ — $p = 0,08$; $U = 1,74$; показатель значимости DAS-28 — $p = 0,3$; $t = -1,05$.

При оценке данных ИМТ и DAS-28, статистически значимых различий по анализируемым критериям в Г1 и Г2 выявлено не было.

Данные лабораторных методов исследования представлены в таблице 3.

Анализ данных лабораторных методов исследования не выявил статистически значимых различий между Г1 и Г2.

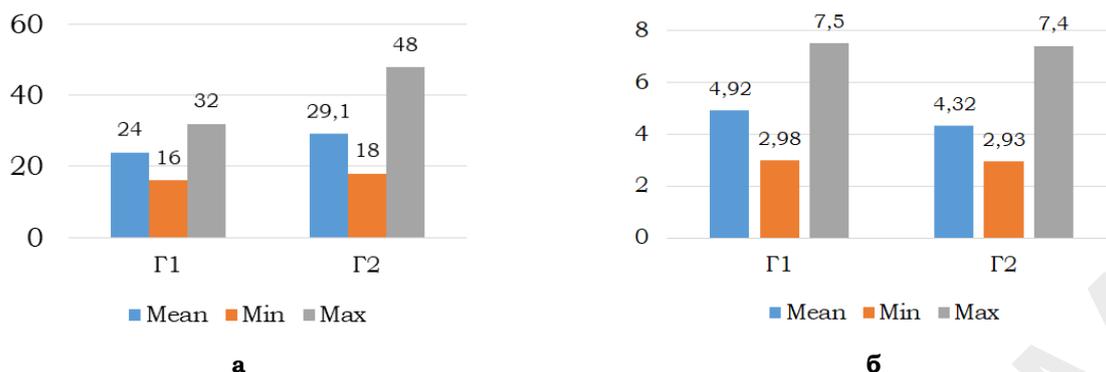


Рисунок 1 — Средние, минимальные и максимальные значения ИМТ (а) и DAS-28 (б) в исследуемых группах

Таблица 3 — Данные лабораторных методов исследования в Г1 и Г2

Показатели	1 группа			2 группа			Показатель значимости (p; t; U;)
	mean	min	max	mean	min	max	
Le (10 ⁹ /л)	9,64	4,67	20,8	8,9	3,3	18,1	p = 0,64; t = -0,47
СОЭ (мм/ч)	20	2	61	24,3	2	55	p = 0,52; t = 0,65
ЦИК (Ед/мл)	33,1	22	65	30,7	10	87	p = 0,72; t = -0,36
СРБ (мг/л)	2,84	0	8,8	7,75	0	78,2	p = 0,36; t = 0,92

Выводы

Серонегативный РА имеет большое количество различных клинических проявлений, такие как синдром Рейно, ревматические узелки, миалгия, синдром Фелти, поражение ПМФС кисти, МФС стоп, лучезапястных и голеностопных суставов. Однако статистически значимых различий в особенностях клинических проявлений заболевания между пациентами мужского и женского пола выявлено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трудности подбора терапии у пациентки с серонегативным ревматоидным артритом / Н. В. Журавлева [и др.] // Acta Medica Eurasica. 2020. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trudnosti-podbora-terapii-u-patsientki-s-seronegativnym-revmatoidnym-artritom> (дата доступа: 15.03.2022).
2. Ревматоидный артрит и поражение почек: современный взгляд на проблему / И. Т. Муркамилов [и др.] // The Scientific Heritage. 2021. № 58-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/revmatoidnyy-artrit-i-porazheniya-pochek-sovremennyy-vzglyad-na-problemu> (дата доступа: 17.03.2022).
3. Саварина, В. А. Ремиссия серонегативного ревматоидного артрита на фоне лечения эссенциальной тромбоцитемии меркаптопурином и гидроксикарбамидом / В. А. Саварина // Проблемы здоровья и экологии. 2020. № 1 (63). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/remissiya-seronegativnogo-revmatoidnogo-artrita-na-fone-lecheniya-essentsialnoy-trombotsitemii-merkaptopurinom-i-gidroksikarbamidom> (дата доступа: 15.03.2022).

УДК 616.36-004:[616.98:578.834.1]

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Шпаковская А. Г., Дедова А. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Ф. Бакалец

Учреждение образования

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

Введение

При циррозе печени риск заражения, развития тяжелого течения COVID-19 и (или) возникновения осложнений более высок. Повышению риска инфицирования особенно способствуют регулярные посещения медицинских учреждений, длительные госпитализации, применение глюкокортикостероидной тера-