

щейся внутренней патологии свидетельствуют о высокой эффективности данного немедикаментозного метода лечения.

Выводы

1. Представленные материалы применения ОЗТ при наиболее часто встречающейся внутренней патологии свидетельствуют о высокой эффективности данного немедикаментозного метода лечения.

2. Метод ОЗТ целесообразно сочетать с другими физическими факторами или лекарственными средствами, что будет способствовать уменьшению дозировки последних, а также потенцированию эффекта. Это является качественно новым подходом в решении проблем лечения многих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Озонотерапия: механизм действия, методики применения в медицинской практике / Г. А. Гуревич [и др.] // *Здравоохранение*. 2004. № 4. С. 23–27.
2. Павлов, Д. С. Озонотерапия в клинической практике / Д. С. Павлов // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2003. № 5. С. 49–54.
3. Озонотерапия. Креативный подход в лечении соматических заболеваний: учеб.-метод. пособие / М. А. Чичкова [и др.]. Астрахань: ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ МЗ РФ, 2016. 104 с.
4. Руководство по озонотерапии / О. В. Масленников [и др.]. 4-е изд., перераб. и доп. Н. Новгород : Вектор-ТнС, 2015. 346 с.
5. *Viebahn-Haensler, R. The use of ozone in medicine / R. Viebahn-Haensler. Heidelberg, Germany, 1998. 148 p.*

УДК 616.72-002.772-08-052

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СЕРОПОЗИТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Дорошевич К. Н.

**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) — хроническое, аутоиммунное системное воспалительное заболевание соединительной ткани с неустановленной этиологией, преимущественно поражающее суставы по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита. Данное заболевание является одним из наиболее значимых в структуре ревматической патологии [1, 2].

Ревматоидным артритом страдают примерно 0,5–1 % мужчин и 1,5 % женщин на земном шаре, а в отдельных странах (США, Англия) — до 3 % населения. Дети болеют реже, чем взрослые, но в последние годы отмечено учащение случаев ревматоидного артрита и среди них [3].

Клиническая картина РА 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 пораженными суставами. По мере прогрессирования суставного синдрома в развернутой стадии заболевания возникают вывихи, подвывихи, формируется стойкая деформация суставов, обусловленная фиброзным или костным анкилозом. 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].

Цель

Оценить клинико-лабораторные данные пациентов с подтвержденным серопозитивным ревматоидным артритом.

Материал и методы исследования

Материал исследования — 40 стационарных карт пациентов с верифицированным серопозитивным РА, проходивших лечение в период с июля до октября 2019 г. в ревматологическом отделении ГУЗ «Гомельская областная клиническая больница». В процессе исследования пациенты были поделены на 2 группы (Г1 и Г2). Г1 — пациенты женского пола с серопозитивным РА (20 человек). Г2 — пациенты мужского пола с серопозитивным РА (20 человек).

Метод исследования — анализ и статистическая обработка данных с помощью пакета программ «Microsoft Excel 2019», «Statistica 13.5». 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 (t). Различия между анализируемыми группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил: Г1 — 60,5 лет, медиана — 60 лет (56,5; 64,5), Г2 — 55,8 лет, медиана — 58 лет (49; 61,5) ($p = 0,15$; $t = 1,46$). Количество пациентов с рецидивом РА составило 17 и 14 человек в Г1 и Г2 соответственно, количество пациентов с первично выявленным РА в Г1 и Г2 составило 3 и 6 человек соответственно.

Среднее количество койко-дней составило 12,05 и 11,55 дней для Г1 и Г2 соответственно ($p = 0,63$; $t = 0,82$). Показатель медианы — 13 (10,5; 14) и 11,5 (10,5; 13) для Г1 и Г2 соответственно.

Степень активности заболевания (DAS-28): среднее значение — 4,36 и 4,26 для Г1 и Г2 соответственно ($p = 0,62$; $U = 0,5$). Показатель медианы составил 4,69 (3,83; 5,065) и 4,17 (3,49; 5,01) для Г1 и Г2 соответственно.

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

Таблица 1 — Клиническая характеристика основных диагностических критериев РА в Г1 и Г2

Показатель	Г1 N = 20	Г2 N = 20	Показатель значимости (p; χ^2)
1 степень активности процесса (%)	2 (10 %)	8 (40 %)	$p = 0,03$
2 степень активности процесса (%)	13 (65 %)	7 (35 %)	$\chi^2 = 0,01$; $p = 0,01$
3 степень активности процесса (%)	5 (25 %)	5 (25 %)	$\chi^2 = 1,0$; $p = 0,64$
1 стадия РА по данным рентгенологического метода исследования (Rh) (%)	5 (25 %)	4 (20 %)	$p = 0,5$
2 Rh стадия РА (%)	9 (45 %)	9 (45 %)	$\chi^2 = 1,0$; $p = 0,62$
3 Rh стадия РА (%)	6 (30 %)	7 (35 %)	$\chi^2 = 1,0$; $p = 0,63$
Анкилозы (%)	2 (15 %)	3 (15 %)	$P = 0,5$
Деформации (%)	7 (35 %)	6 (30 %)	$\chi^2 = 0,74$; $p = 0,5$
1 функциональный класс (ФК) РА (%)	2 (10 %)	3 (15 %)	$p = 0,5$
2 ФК РА (%)	16 (80 %)	14 (70 %)	$p = 0,36$
3 ФК РА (%)	2 (10 %)	3 (15 %)	$p = 0,5$

Исходя из данных таблицы 1 статистическую значимость не имело большинство из диагностических критериев РА, что связано с малым количеством наблюдений.

Особенности локализации процесса представлены в таблице 2.

Исходя из таблицы 2 существенных различий в локализации патологического процесса между Г1 и Г2 выявлено не было. Данные лабораторных методов исследования представлены в таблице 3.

Таблица 2 — Особенности локализации РА в Г1 и Г2

Показатель	Г1 N = 20	Г2 N = 20	Показатель значимости (p; χ^2)
Поражение проксимальных межфаланговых суставов (ПМФС) кисти	16 (80 %)	15 (75 %)	$\chi^2 = 0,71$; p = 0,5
Поражение МФС стопы	8 (40 %)	7 (35 %)	$\chi^2 = 0,74$; p = 0,5
Поражение лучезапястных (ЛЗ) суставов	10 (50 %)	9 (45 %)	$\chi^2 = 0,75$; p = 0,5
Поражение голеностопных (ГС) суставов	6 (30 %)	5 (25 %)	$\chi^2 = 0,72$; p = 0,5

Таблица 3 — Данные лабораторных методов исследования в Г1 и Г2

Показатель	Г1		Г2		Показатель значимости (p; t; U;)
	среднее значение	медиана (перцентиль)	среднее значение	медиана (перцентиль)	
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	31,25	27 (5; 62)	22,45	20,5 (3; 55)	p = 0,09; U = 1,65
Лейкоциты (Le)	8,77	8,49 (5,43; 12,87)	9,15	8,65 (4,8; 14,09)	p = 0,62; t = -0,5
Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК)	53,1	34 (19; 237)	40,7	38 (15; 70)	p = 0,71; U = -0,37
Ревматоидный фактор (РФ)	58,49	51,2 (9,8; 167,1)	78,27	64,5 (37; 347)	p = 0,32; U = -0,99
С-реактивный белок (СРБ)	89,24	52,5 (0; 387)	43,94	27,55 (6; 192)	p = 0,39; t = 0,87
Антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (АТ АЦЦП)	911,136	544,3 (13,2; 3765,4)	771,885	464,55 (85,4; 3504,8)	p = 0,65; t = 0,45

По данным лабораторных методов исследования статистически значимых различий между Г1 и Г2 выявлено не было.

Базисная терапия пациентов с РА была основана на применении различных препаратов: метотрексат (26 (65 %) пациентов); тоцилизумаб (8 (20 %) пациентов); сульфасалазин + метотрексат (6 (15 %) пациентов). Симптоматическая терапия РА включала применение дексаметазона (10 (25 %) пациентов), преднизолона (23 (57,5 %) пациента), преднизолона + толперизона (7 (17,5 %) пациентов). Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) назначались всем пациентам (40 человек) (рисунке 1а, б).



Рисунок 1 — Группы препаратов, используемые для лечения РА:
а — препараты базисной терапии РА; б — препараты симптоматической терапии РА

Выводы

В результате проведенного исследования можно сделать соответствующее заключение: средний возраст пациентов в Г1 и Г2 составил 60,5 лет и 55,8 лет соответственно, среднее количество койко-дней — 12,05 и 11,55 дней для Г1 и Г2 соответственно. Статистически значимых различий между Г1 и Г2 в клини-

ческой характеристике основных диагностических критериев и особенностях локализации поражения при РА выявлено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлович, Л. А. Оценка статуса больных ревматоидным артритом. Современные тенденции / Л. А. Михайлович, Ю. А. Олюнин, А. В. Гордеев // Современная ревматология. 2020. № 14(2). С. 7–13.
2. Шлопак, Л. Б. Диагностика ревматоидного артрита / Л. Б. Шлопак // Справочник врача общей практики. 2020. № 3. С. 29–36.
3. Насырова, М. Ш. Современное состояние и актуальные вопросы ревматоидного артрита / М. Ш. Насырова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Т. 9, № 4. С. 429–429.
4. Зернекова, П. А. Особенности течения ревматоидного артрита у пациентов Гомельской области / П. А. Зернекова, О. В. Белян // Проблемы и перспективы развития современной медицины : сб. науч. ст. X Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, Гомель, 3–4 мая 2018 г. / Гомел. гос. мед. ун-т ; редкол. : А. Н. Лызикив [и др.]. Гомель : ГомГМУ, 2018. С. 458–460.

УДК 616.12-008.331.1:618.3]-08(476)(73)

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И США

Евдокимова Н. А.

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Ковальчук

Учреждение образования

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

Введение

Артериальная гипертензия у беременных — это увеличение систолического артериального давления выше 140 мм рт. ст. и (или) диастолического артериального давления выше 90 мм рт. ст. при двух и более последовательных измерениях с интервалом более 4-х часов на любом сроке беременности и спустя шесть недель после родов. Растущая распространенность артериальной гипертензии из-за увеличения возраста матери и рост факторов риска, таких как ожирение, требуют принятия мер для уменьшения этого воздействия. Гипертензия является наиболее частым заболеванием во время беременности и встречается примерно в 6–8 % беременностей. Оптимальное время и выбор терапии включают тщательное взвешивание соотношения риска и пользы для каждой отдельной пациентки с общей целью улучшения исходов для матери и плода. На фармакологическое лечение артериальной гипертензии во время беременности влияют изменения в распределении лекарств у матери и фармакодинамические эффекты конкретных агентов [1]. При отсутствии лечения может привести к возникновению левожелудочковой недостаточности, ишемической болезни сердца, инсульту, почечной недостаточности, гипертонической энцефалопатии, HELLP-синдрому, летальному исходу.

Цель

Выявление различий в схемах лечения артериальной гипертензии беременных по протоколу Республики Беларусь и схем лечения Соединенных Штатов Америки. Определить, какие группы препаратов чаще назначаются пациенткам в Республики Беларусь.

Материал и методы исследования

Были проанализированы: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 59 от 06.06.2017 г. Лечение и диагностика кардиологических заболеваний и схемы лечения артериальной гипертензии в Соединенных Штатах Америки. Также был выполнен ретроспективный анализ 50 выписных эпикриза пациенток с артериальной гипертензией «Гомельской областной клинический кардиологический центр» за период 2016–2021 гг. Основную группу