

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Исходя из полученных данных 15,6 % мужчин и 20 % женщин относятся к категории курящих; 46,8 % мужчин и 10 % женщин употребляют алкоголь; 15,6 % мужчин и 90 % женщин подвергаются постоянному стрессу или считают себя эмоционально лабильными в отношении стрессовых ситуаций; только 6,25 % мужчин и 20 % женщин являются физически активными; 68,75 % мужчин и 30 % женщин не соблюдают рекомендации по правильному питанию. 30 % пациентов имеют сопутствующую патологию, которая является причиной постоянного приема лекарственных препаратов, что может усугублять нарушение функции печени.

У большинства пациентов наблюдается низкая приверженность в отношении правильного питания. Также можно отметить, что женщины более лабильны в отношении стресса. Наблюдается низкая приверженность пациентов в категории физической активности.

### **Выводы**

По результатам исследования видно, что пациенты с циррозом печени имеют низкую приверженность в отношении здорового образа жизни. Прогноз у пациентов с циррозом печени во многом определяется отказом от вредных привычек, в первую очередь – категорическим воздержанием от приема алкоголя. Большинство пациентов понимают, что необходимо придерживаться рекомендаций врача, но не могут отказаться от своих привычек. Это, несомненно, сказывается на их здоровье.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 44 с.
2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с.

**УДК 616.72-002.772**

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕРОНЕГАТИВНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

*Лалаев Э. Э.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. М. Хардикова**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

### **Введение**

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно периферических (синовиальных) суставов по типу симметричного прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита [1].

Распространенность РА среди взрослого населения в разных географических зонах мира составляет 0,5–2 % (у женщин старше 65 лет — около 5 %). По данным официальной эпидемиологической статистики в Российской Федерации страдает ревматоидным артритом около 0,61 % от общей популяции. Соотношение женщин к мужчинам везде одинаково — 3:1. Поражаются все возрастные группы, включая детей и лиц пожилого возраста. Пик начала заболевания — 40–55 лет [2].

### **Цель**

Описание клинического случая пациента, страдающего ревматоидным артритом.

### **Материал и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ амбулаторной карты и истории болезни пациентки, проходившей лечение в ревматологическом отделении БМУ КОКБ.

Больная П., 49 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли в мелких суставах кистей, лучезапястных, коленных суставах, шейном отделе позвоночного столба. Более 10 лет наблюдалась в ЦРБ по месту жительства у ревматолога по поводу остеоартрита и у невролога по поводу распространённого шейного остеохондроза. Ревматологом проводилась дифференциальная диагностика между ревматоидным артритом и остеоартритом, однако диагноз «Ревматоидный артрит» не был верифицирован в связи с тем, что на рентгенографии отсутствовали эрозии и иммунологические исследования на наличие ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) были отрицательными.

В настоящее время усилились боли в суставах, ограничен объем движений, припухлость в лучезапястных суставах и мелких суставах кистей и отмечает нарастание утренней скованности (продолжительностью до полудня). Госпитализирована в ревматологическое отделение БМУ КОКБ для дифференциальной диагностики суставного синдрома.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В общем анализе крови отмечается увеличение СОЭ, СРБ — 10 мг/л. Иммунологические исследования на наличие ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) отрицательные.

При рентгенографии лучезапястных суставов и мелких суставов кистей выявлены признаки околосуставного остеопороза, кистовидные просветления костной ткани в сочетании с множественными сужениями суставных щелей.

Однако в результате проведения УЗИ-исследования лучезапястных суставов и мелких суставов кистей были выявлены множественные эрозии суставных поверхностей локтевой, лучевой, ладьевидной, головчатой костей изменены размером до 1,9 мм (рисунок 1); суставные поверхности при цветовом доплеровском картировании (ЦДК) аваскулярны; наличие синовита по типу «пануса» в плюсно-фаланговых (проксимальных) суставах второго и третьего пальцев (рисунок 2); фиброзно-хрящевой комплекс (локтевой) изменен (рисунок 3).

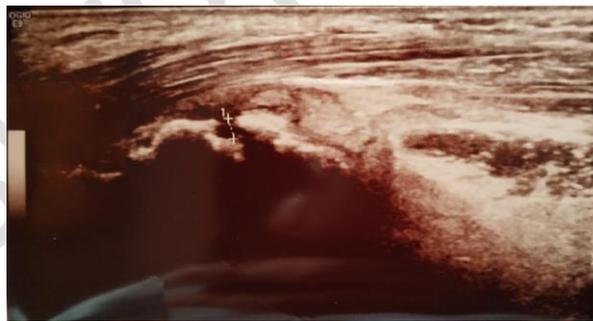


Рисунок 1 — Эрозия головчатой кости правого лучезапястного сустава

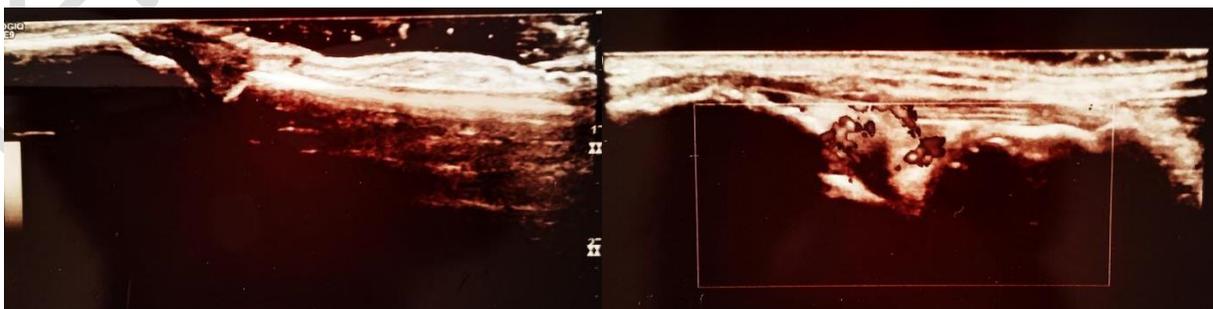


Рисунок 2 — Проксимальный сустав II пальца

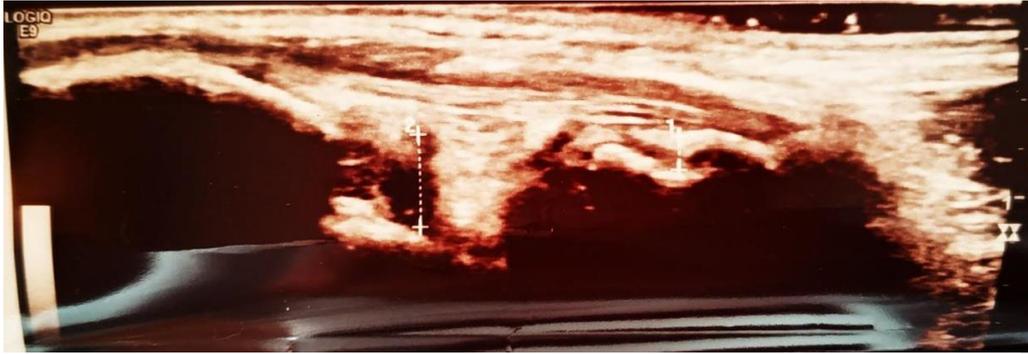


Рисунок 3 — Измененный фиброзно-хрящевой комплекс

Такие же изменения верифицированы при МРТ-исследовании. При подсчете классификационных критериев ревматоидного артрита (ACR/EULAR, 2010) пациентке было выставлено 8 баллов: наличие припухлости и болезненности при объективном исследовании в более чем 10 мелких суставах (5 баллов), повышение СОЭ и СРБ (2 балла), длительность артрита более 6-ти недель (1 балл).

В связи с этим пациентке был верифицирован диагноз «Серонегативный ревматоидный артрит».

#### **Выводы**

Несмотря на достаточно широкую распространенность ревматоидного артрита, возникают трудности диагностики именно серонегативных вариантов, особенно когда рентгенологические признаки еще отсутствуют. В этом случае наиболее информативными методами являются ультразвуковое исследование или магниторезонансная томография.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматические болезни: рук-во для врачей / под ред. В. А. Насоновой, Н. В. Бунчука. — М.: Медицина, 1997. — С. 257–304.
2. Smolen, J. S. Rheumatoid arthritis / J. S. Smolen, D. Aletaha, I. B. McInnes // Lancet. — 2016.

УДК 616.137

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ ШУНТИРОВАНИИ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ И АУТОВЕНОЙ**

*Лалаев Э. Э.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Б. С. Суковатых**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

#### **Введение**

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) являются нарушениями проходимости артерий нижних конечностей в виде сужения (стеноза) или окклюзии, которые приводят к дальнейшему развитию хронической ишемии НК различной степени и выраженности. ХОЗАНК на данный момент составляют около 20 % от всех видов сердечно-сосудистой патологии и наблюдаются примерно у 2–3 % населения [3]. На данный момент медицине известны более двадцати самостоятельных нозологических форм, приводящих к нарушению проходимости артерий ниж-