

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Биологическая и клеточная терапия воспалительных заболеваний кишечника / Л. Б. Лазебник [и др.] Медицинский радиологический научный центр РАМН, г. Обнинск. — 2011. — № 2. — С. 7–8.
2. Torres, J. Crohn's disease, Lancet 2017 Apr 29;389(10080):1741-1755.
3. Oral 5-aminosalicylic acid versus 6-methylprednisolone in active Crohn's disease / J. Scholmerich [et al.] // J. Gastroenterology. — 2010. — 51 с.
4. Белоусова, Е. А Фармакотерапия и алгоритм лечения болезни Крона легкой и средней степени тяжести с позиций медицины, основанной на доказательствах / Е. А. Белоусова // Фарматека. — 2004. — С. 8–18.
5. Болезни Органов Пищеварения / А. И. Хавкин [и др.] // НИКИ педиатрии им. Акад. Ю. Е. Вельтищева» ГБОУ ВПО «РНОМУ им. Н. И. Пирогова», Москва. — 2005. — № 18. — С. 1202–1204.
6. Фармакогенетика и воспалительные заболевания кишечника у взрослых и детей: перспективы диагностики и лечения / С. Ю. Серебров [и др.] // Научный центр экспертизы средств медицинского применения Минздрава России, Москва. — 2017. — № 3–4. — С. 38–43.
7. Modigliani, R. Clinical, biological and endoscopy picture of attacks of Crohn's disease. Evolution on prednisolone / R. Modigliani, J. Mary, J. Simon // Gastroenterology. — 1990. — 98:811–8р.
8. Therapies for crohn's disease: a clinical update. / C. Sobrado [et. al.] //Arquivos de Gastroenterologia, 2016. — Vol. 53(3). — P. 206–211.
9. Shafran, I., Am. J.Gastroenterol., 2003, 98 (Suppl.) S-250.
10. Мезенхимальные стромальные клетки костного мозга и азатиоприн в терапии болезни крона / О. В. Князев [и др.] под общей редакцией О. В. Князева // Терапевтический архив. — 2018. — № 2.
11. Минимальная заработная плата в Беларуси [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://myfn.by/wiki/term/minimalnaya-zarabotnaya-plata>. — Дата доступа: 25.03.2021.

**УДК 616.72-002.772-06**

**КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ  
С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Дешко А. С**

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

**Введение**

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое системное заболевание (симптомокомплекс) с преимущественным деструктивным поражением суставов; в его возникновении играют роль как факторы внешней среды (курение, инфекция, стресс и др.), так и генетическая предрасположенность (HLA DRB1, PTPN 22, CTLA4 b и др.) [1]

Ревматоидный артрит встречается в общей популяции с частотой от 0,5 до 2 % [2] Его характеризует стойкая потеря трудоспособности, повышенный риск развития сердечно-сосудистой патологии, а также высокая стоимость терапии и необходимость постоянного наблюдения за лабораторными показателями.

Интерес к коморбидным состояниям при РА обусловлен их влиянием на течение и прогноз самого заболевания, выбор тактики лечения и на качество жизни больных. Сопутствующие заболевания могут появиться до развития РА, в период обострения или ремиссии, а также могут быть осложнением хронического аутоиммунного воспаления и (или) его терапии.

Необходимо также понимать, что наличие у пациента нескольких коморбидных заболеваний зачастую ведет к вынужденной полипрагмазии, что само собой отрицательно влияет на продолжительность жизни [3].

**Цель**

Изучение структуры и частоты коморбидной патологии у пациентов с РА.

**Материал и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ 49 архивных историй болезни пациентов ревматологического отделения УЗ «Гомельская областная клиническая больница» с установленным диагнозом ревматоидного артрита за 2020 г. Ста-

статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладной программы Microsoft Excel и «Statistica» 8.0.

### Результаты исследования и их обсуждение

Разделение по полу в исследуемой группе пациентов было следующим: 8 (16,3 %) мужчин и 41 (83,7 %) женщина. Средний возраст пациентов мужского пола —  $47,1 \pm 21,4$  лет, женского —  $59,4 \pm 14,2$  лет. Длительность болезни у мужчин составила  $8,1 \pm 6,2$  лет, у женщин —  $9,5 \pm 6,0$  лет.

У пациентов с ревматоидным артритом коморбидная патология встречалась у 43 (87,8 %) пациентов, причем 23 (53,5 %) из них имели 2 и более заболеваний. В мужской группе у 5 (10,2 %) пациентов, в женской у 38 (77,6 %).

Распределение пациентов с РА по коморбидным заболеваниям представлены в таблице 1.

Проанализировав таблицу 1, видно, что ведущее место в структуре коморбидности пациентов с ревматоидным артритом занимает сердечно-сосудистая патология, которая встречается у 100 % мужчин и у 65,8 % женщин. Артериальная гипертензия выявлена у 40 % от всех мужчин и 55,3 % женщин. Ишемическая болезнь сердца отмечалась у 60 % мужчин и 31,6 % женщин. Сахарный диабет 2 типа встречался у 20 % мужчин и 15,8 % женщин. Эрозивный гастрит выявлен у 13,2 % женщин. Вертеброгенные цервико-, брахи-, люмбалгии выявлены у 20 % мужчин и у 18,6 % женщин. Остеопороз у 7,9 % женщин и 20 % мужчин.

Таблица 1 — Структура коморбидной патологии пациентов с РА

Показатель	Мужчины (n = 5), n/%	Женщины (n = 38), n/%
Сердечно-сосудистые заболевания:	5 (100 %)	25 (65,8 %)
— ИБС (АСКС, стабильная стенокардия напряжения);	3 (60 %)	12 (31,6 %)
— артериальная гипертензия;		
— инфаркт миокарда в анамнезе;	2 (40 %)	21 (55,3 %)
— нарушение возбудимости сердца (наджелудочковая и желудочковая экстрасистолии);	0 (0 %)	2 (5,3 %)
— миокардиодистрофия	1 (20 %)	3 (7,9 %)
	0 (0 %)	2 (5,3 %)
Эндокринные заболевания:	1 (20 %)	8 (21,1 %)
— сахарный диабет 2 типа;	1 (20 %)	6 (15,8 %)
— аутоиммунный тиреоидит	0/0 %	3/7,9 %
Патология пищеварительной системы (эрозивный гастрит)	2 (40 %)	5 (13,2 %)
Заболевания мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит)	0 (0 %)	3 (7,9 %)
Заболевания костно-суставной системы:	3 (60 %)	4 (10,6 %)
— системный остеопороз;	1 (20 %)	3 (7,9 %)
— остеоартрит	1 (20 %)	1 (2,6 %)
Заболевания органов дыхания (Бронхиальная астма)	0 (0 %)	2 (5,3 %)
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	2 (40 %)	7 (18,4 %)
Онкологическая патология (онкология щитовидной железы в анамнезе)	0 (0 %)	2 (5,3 %)
Вертеброгенные цервико-, брахи-, люмбалгии	1 (20 %)	7 (18,4 %)
Железодефицитная анемия	0 (0 %)	5 (13,2 %)

Варикозная болезнь вен нижних конечностей выявлена у 40 % мужчин и 18,4 % женщин. Железодефицитная анемия и заболевания мочевыводящих путей (хронические пиелонефрит) встречались только у женщин в 13,2 и 7,9 % случаев соответственно.

Значимое место в структуре коморбидности у пациентов с РА занимают эндокринные заболевания, в частности СД 2 типа (16,3 %), и патология пищеварительной системы (эрозивный гастрит, желчнокаменная болезнь) (17,3 %). Вертеброгенные цервико-, брахи-, люмбалгии выявлены в 18,6 % случаев. Стоит отметить заболевания костно-суставной системы (остеопороз, остеоартроз), которые встречались в мужской группе у 60 %, в женской у 10,6 % коморбидных пациентов.

Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма) и онкологические заболевания (онкология щитовидной железы в анамнезе) в представленной выборке пациентов выявлены только в женской группе 5,3 и 5,3 % соответственно. Железодефицитная анемия и заболевания мочевыводящих путей (хронические пиелонефрит) встречались исключительно у женского пола в 13,2 и 7,9 % случаев соответственно.

#### **Выводы**

87,8 % пациентов (10,2 % мужчин и 77,6 % женщин) с ревматоидным артритом имели коморбидную патологию.

В структуре коморбидной патологии у пациентов с ревматоидным артритом 69,8 % составили сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия (40 % мужчин и 55,3 % женщин), ишемическая болезнь сердца (60 % мужчин, 31,6 % женщин).

Сахарный диабет 2 типа встречался у 20 % мужчин и 15,8 % женщин. Эрозивный гастрит выявлен у 13,2 % женщин. Вертеброгенные цервико-, брахи-, люмбалгии выявлены у 20 % мужчин и у 18,6 % женщин. Железодефицитную анемию имели 13,2 % женщин.

Учитывая высокую частоту коморбидной патологии у пациентов с ревматоидным артритом, в особенности в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом необходим комплексный подход в лечении данной группы пациентов, оценка риска и пользы от назначения лекарственных препаратов, которые могут негативно повлиять на течение сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Балабанова, Р. М. Ревматоидный артрит: диагностика, лечение / Р. М. Балабанова // Врач. — 2012. — № 5. — С. 6–9.
2. Никитина, Н.М. Коморбидность у больных ревматоидным артритом/ Н. М. Никитина, И. А. Афанасьев, А. П. Ребров // Научно-практическая ревматология. — 2015. — № 2. — С. 149–154.
3. Особенности коморбидности у больных ревматоидным артритом в разные годы наблюдения / Н. М. Никитина [и др.] // Современная ревматология. — 2015. — № 1. — С. 39–43.

**УДК [615.33-036.8+615.33.015.8]:616.62-002.1-022.7**

### **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ, СОСТОЯНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И СОСТАВА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ**

*Дмитрачкова И. О.*

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова; А. И. Презов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) относятся к числу наиболее часто встречаемых инфекций. Острый цистит (ОЦ) является одним из самых частых проявлений ИМП. Около 20–25 % женщин переносят острый цистит в течение жизни. Так в США около 1 % случаев на амбулаторном приеме составили пациенты с острым циститом. Каждый пятый (21,3 %) пациент в дальнейшем был госпитализирован [1]. Данное заболевание представляет серьезную медико-социальную и экономическую проблему, и, следовательно, необходимо уделять особое внимание вопросам антибактериальной терапии в соответствии с постоянно изменяющимися показателями антибиотикорезистентности основных возбудителей острого цистита [2].

#### **Цель**

Изучить антибиотикорезистентность основных возбудителей и оценить эффективность антибиотикотерапии при остром цистите.