

УДК 616.72002.77+616.12-008.331

**ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

Баксичева Д. Д., Лозюк Е. В.

Научный руководитель: ассистент Н. Н. Смагина

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

Введение

Ревматоидный артрит (РА) — это системное аутоиммунное ревматическое воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим, симметричным, эрозивным артритом преимущественно периферических суставов и системным поражением внутренних органов. Ревматоидный артрит вызывает разрушение суставов и, как следствие, часто приводит к инвалидизации [1].

В настоящее время для лечения РА применяют несколько основных групп лекарственных препаратов базисные противовоспалительные препараты (БПВП): биологические препараты, глюкокортикостероиды (ГКС), метотрексат и другие цитостатики; для симптоматической терапии используют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) [2].

НПВС являются патогенетическим средством лечения острой и хронической боли, связанной с тканевым повреждением и воспалением. Обратной стороной лечебного потенциала НПВС является повышение риска побочных эффектов. Например, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, внезапная коронарная смерть, ишемический инсульт) [1]. Однако наиболее часто встречающимся состоянием на фоне применения НПВС является дестабилизация артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Цель

Проанализировать влияние НПВС на уровни АД у пациентов с РА.

Материал и методы исследования

Проанализировано 25 амбулаторных карт пациентов с РА наблюдавшихся в государственном учреждении здравоохранения Гомельской центральной городской поликлиники филиала №6 со стажем заболевания 8–10 лет с сопутствующей патологией АГ 1–3 ст. (56 %). Средний возраст пациентов составил $55,6 \pm 13,6$ из них: 18 женщин и 7 мужчин. Распространенность РА среди взрослых составляет 0,5–1 % (до 5 % у пожилых). От 5 до 50 человек на 100 тыс. населения заболевает каждый год.

Ретроспективно проанализированы амбулаторные карты пациентов. В зависимости от принимаемой медикаментозной терапии были выделены следующие группы: 1-я группа — 12 % пациентов, принимающих НПВС: нимесулид, целекоксиб, ацеклофенак; 2-я группа — 40 % принимающих метотрексат + индометацин, метотрексат + кеторолак, метотрексат + диклофенак; 3-я группа — 8 % принимающих биологические препараты (ритуксимаб) + НПВС (ациклофенак, мелоксикам, целекоксиб); 4-я группа — 20 % принимающих цитостатики (сульфасалазин) + ГКС (преднизолон) + НПВС (индометацин, кеторолак, диклофенак); 5-я группа — 24 % пациентов, принимающих иммуносупрессоры (дефлуномид) + минимальные дозы метотрексата + НПВС (мелоксикам, целекоксиб).

Была проанализирован уровень АД, измеренный по методу Короткова в соответствии с клиническими рекомендациями. Для исследования использовались

средние значения артериального давления. Пациентов с АГ 1 степени — 28 %, 2 степени — 16 %, 3 степени — 12 %.

На ЭКГ наблюдались: диффузные изменения в миокарде 20 %, гипертрофия левого желудочка 16 %, увеличение нагрузки на левый желудочек 8 %, одиночная желудочковая экстрасистолия 4 %, у 52 % изменений на ЭКГ не обнаружено.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведена оценка артериального давления в группах. В 1-й группе, с минимальной терапевтической дозой НПВС и с занятиями ЛФК, отмечалось повышение АД в 4 %. Во 2-й группе при приеме медикаментозной терапии наблюдалось прогрессирование АГ на 62 %, диффузные изменения в миокарде на ЭКГ, частое кризовое течение АГ 3–5 раз в год. В 3-й группе у пациентов наименьшее изменения АД 4 %. В 4-й группе АГ увеличилась на 18 % и участилось кризовое течение АГ 3–4 раза в год. В 5-й группе пациентов АГ увеличилась на 8 %, наблюдались гипертонические кризы 2–3 раза в год.

Выводы

1. Целекоксиб, ацеклофенак, мелоксикам минимально влияют на уровни АД.
2. Минимальное увеличение АГ вызывают биологические препараты и иммуносупрессоры.
3. Стадия АГ увеличивается при приеме метотрексата, ГКС, цитостатиков.
4. При прогрессировании АГ и учащении гипертонических кризов на фоне медикаментозной терапии РА, следует использовать адекватную гипотензивную терапию и препараты экстренной помощи при кризовом течении АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов, Е. А. Российские клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. А. Насонов // Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 341 с.
2. Каратеев, Д. Е. Синтетические базисные противовоспалительные препараты в эпоху биологической терапии ревматоидного артрита / Д. Е. Каратеев, Е. А. Лучихина // РМЖ» № 30 от 13.11.2012, 1522 с.

УДК 616.131/.141-008.331.1:616.441

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВЯЗИ ГИПОТИРЕОЗА С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Береснева К. Г.

Научный руководитель: ассистент А. А. Укла

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Легочная гипертензия (ЛГ) — заболевание, характеризующееся повышением общего легочного сосудистого сопротивления (ОЛСС) и давления в легочной артерии, часто прогрессирующим течением с быстрым развитием декомпенсации правого желудочка и фатальным исходом. [1] Критериями ЛГ являются среднее давление в легочной артерии более 25 мм рт. ст. в покое и нормальное давление заклинивания легочной артерии (≥ 15 мм рт. ст.), определяемое путем катетеризации правых отделов сердца и косвенно отражающее давление в левом предсердии [2].

Точные эпидемиологические данные о распространенности ЛГ в Беларуси в настоящее время отсутствуют. Общая статистика составляет около 15 случаев на миллион в популяции при соотношении женщин и мужчин — 1,8:1. ЛГ вследствие патологии левых отделов сердца является наиболее распространенной формой и составляет 78,7 % от общего количества ЛГ. Второе место зани-