

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Правительство Санкт-Петербурга
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова
Российское научное медицинское общество терапевтов
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербургский Альянс ревматологов и пациентов
Санкт-Петербургское общество терапевтов им. С.П. Боткина
Санкт-Петербургская ассоциация врачей-терапевтов
Ассоциация ревматологов России
ОО «Человек и его здоровье»



Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

под редакцией
академика РАН Мазурова В.И., профессора Трофимова Е.А.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2023

30,1) кг/м², $p < 0,0001$; объем талии (ОТ): 93 (88-104) против 85 (78-90) см, $p < 0,0001$ и объем бедер (ОБ): 112,5 (104-118) против 102 (98-110) см, $p < 0,0001$. При АГ было отмечено более тяжелое течение ОА: выше значения боли по ВАШ: 50 (40-65) против 22,5 (7-48) мм, $p < 0,0001$; ОСЗП: 46 (37-59) против 25,5 (10-45) мм, $p < 0,0001$; суммарного WOMAC: 817 (465-1140) против 380 (105-876) мм, $p < 0,0001$ и всех его составляющих: Боль по WOMAC – 160 (110-250) против 85 (30-160) мм, $p < 0,0001$, Скованность по WOMAC – 70 (35-100) против 40 (10-70) мм, $p < 0,0001$, ФН по WOMAC – 580 (310-810) против 260 (60-663) м, $p < 0,0001$; DN4: 2 (1-3) против 1 (0-2) б, $p = 0,01$, хуже показатели суммарного KOOS: 0,47 (0,36-0,58) против 0,72 (0,56-0,86) б, $p < 0,0001$; чаще регистрировались ОА суставов кистей (ОР=1,56, 95% ДИ 1,26-1,93, $p < 0,0001$) и тазобедренных суставов (ОР=1,6, 95% ДИ 1,29-1,99, $p < 0,0001$). Чаще диагностировались: ожирение (ОР=2,0, 95% ДИ 1,6-2,5, $p < 0,0001$), СД (ОР=3,3, 95% ДИ 1,6-6,8, $p = 0,0004$) и гиперурикемия (ОР=1,74, 95% ДИ 1,04-2,9, $p = 0,03$). Все выявленные различия сохранились и после поправки на возраст. В корреляционном анализе по Спирмену подтверждены положительные связи ($p < 0,05$) между АГ и болью по ВАШ ($r = 0,45$), суммарным WOMAC ($r = 0,31$) и всеми его составляющими (боль $r = 0,32$, скованность $r = 0,26$, ФН $r = 0,3$), DN4 ($r = 0,2$), ОСЗП ($r = 0,45$), длительностью заболевания ($r = 0,42$), генерализованной формой ($r = 0,21$), ОА другой локализации ($r = 0,22$); отрицательные – с KOOS ($r = -0,54$). Рассматривая другие параметры, в том числе традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, подтверждены положительные взаимосвязи ($p < 0,05$) между АГ и возрастом ($r = 0,4$), длительностью менопаузы ($r = 0,22$), ОТ ($r = 0,42$), ОБ ($r = 0,4$), ожирением ($r = 0,33$), гиперурикемией ($r = 0,2$), СД ($r = 0,16$) и ИБС ($r = 0,23$).

Заключение. При наличии АГ отмечается более тяжелое клиническое течение ОА (в том числе после поправки на возраст). Полученные результаты требуют дальнейшего изучения, и, возможно, профилактические мероприятия, направленные на снижение традиционных факторов риска развития АГ, а также корректная лекарственная терапия будут способствовать более благоприятному клиническому течению ОА.

ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ташмухамедова М.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Несмотря на определенные успехи в разработке новых подходов к лечению и профилактике бронхиальной астмы, прогнозы о распространенности этой патологии неутешительные, ожидается ее рост, что связа-

но с отрицательным влиянием на организм человека поллютантов и промышленных аллергенов. Поэтому изучение инвалидности вследствие профессиональной бронхиальной астмы в социально – гигиеническом аспекте приобретает особую актуальность.

Цель работы. Изучение особенностей течения и развития инвалидности вследствие профессиональной бронхиальной астмы.

Материалы и методы исследования. В клинике профессиональных заболеваний проведено динамическое наблюдение за состоянием 86 больных с профессиональной бронхиальной астмой. Изучены данные профессионального и аллергологического анамнезов, динамики заболевания, клинического обследования и результаты освидетельствования территориальными подразделениями медицинской социальной экспертной комиссии (МСЭК).

Результаты и обсуждение. Больные распределены по возрасту: до 30 лет – 9,6%, 31-40 лет – 24,4%, 41-50 лет – 28,8%, 51 и старше – 34%, т.е. заболевание выявлено в наиболее активном возрасте от 30 до 50 лет (66%). По профессиональному стажу выделены 5 групп: менее 5 лет – 9,6%, 6-10 лет – 19,2%, 11-15 лет – 28,8%, 16-20 лет – 28,8%, 21 год и более – 14,6%, как видно бронхиальная астма чаще была установлена при стаже работы от 10 до 20 лет (59,4%), то есть в развитии сенсibilизации существенную роль играла продолжительность контакта с аллергеном. По профессиональному составу наибольшее число случаев бронхиальной астмы приходится на работников пылевых производств (32,4%), химических предприятий (17,2%) и медицинских учреждений (13,6%). Согласно клинко-патогенетической классификации форм и стадий бронхиальной астмы, больные были разделены на 3 группы: с легким течением заболевания (13 больных), со средней тяжестью (50 больных) и с тяжелым течением (23 больных). Более тяжело протекала смешанная форма бронхиальной астмы, вероятно это связано с тем, что имеет место развитие инфекционно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Анализ анамнестических данных, результатов функциональных методов исследования показал, что заболевание имело постепенное начало и развитие, по характеру течения выявлена тенденция к прогрессированию заболевания у 72% больных и развитие признаков полиаллергизации, реакция на физическую нагрузку.

При прохождении МСЭК 71 больных (82,6%) были признаны инвалидами II и 15 больных (17,4%) III группы инвалидности. Распределение инвалидов по возрасту показало, что роль профессиональной бронхиальной астмы в инвалидизации населения начинает проявляться с 30-летнего возраста. Наиболее высокий удельный все инвалидов II группы наблюдался среди больных молодого возраста (до 40 лет) и в возрасте 55-59 лет (от 68,4% до 79,2%) что, вероятно обусловлено трудностью рационального трудоустройства в молодом возрасте и более тяжелым течением профессиональной бронхиальной астмы у лиц пожилого возраста. Результаты переосвидетельствования инвалидов, характери-

зующие динамику инвалидности, эффективность реабилитационных мероприятий показывают, что та же группа была подтверждена у 79,4% освидетельствованных, у 2,8% установлена более легкая группа, а у 17,8% более тяжелая группа инвалидности.

Выводы. Из представленных данных следует, что инвалидизация больных вследствие профессиональной бронхиальной астмы наблюдается в наиболее творчески активном возрасте. Присоединение полиаллергизации даже при полном прекращении производственного контакта с аллергенами способствует утяжелению течения заболевания и снижению трудоспособности больных. Одной из многих причин наступления стойкой утраты трудоспособности больных с профессиональной бронхиальной астмой, наряду с особенностями течения, является трудность рационального трудоустройства больных и инвалидов.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ташпулатова М.М., Алиева К.К.,
Абдуразакова Д.С.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и диагностики раннего РА.

Материал и методы. В исследование включены 82 больных в возрасте от 18 до 71 лет с достоверным диагнозом РА (соответствующий критериям EULAR/ACR, 2010 г.) с длительностью заболевания до 1 года, проходивших стационарное лечение в отделениях кардиоревматологии и ревматологии I клиники ТМА за период 2019-2020 гг. По полу больные распределились следующим образом: 73 женщины и 9 мужчин. Средняя продолжительность заболевания составляла в среднем $7,9 \pm 1,5$ месяца. Лабораторное обследование включало общий клинический и биохимический анализ крови. Диагностика панелей аутоантител включала количественное определение РФ методом Ваалера-Розе, а также АЦЦП и 14-3-3η белка методом иммуноферментного анализа. Также проводились рентгенография и МРТ кистей рук. Рентгенологическая стадия РА определялась по модифицированному методу Steinbrocker и МРТ.

Результаты и обсуждения. Анализ характера суставного синдрома у больных РА показал, что полиартрит, как критерий РА, определялся у 57,4% пациентов, у 42,6% обследованных выявлялся моно-олигоартикулярный характер поражения суставов. Приведенные данные свидетельствуют о наибольшем проценте (72%) поражения суставов кистей рук у больных

РА, независимо от длительности его течения. В начальном периоде РА в патологический процесс чаще вовлекались суставы кистей (72%), реже – коленные (13,2%). У 9 больных (13,2%), наблюдалось одновременное поражение практически всех суставов. При длительности заболевания до одного года серопозитивными по РФ были 43%, а серонегативными – 57% больных. В группе больных с длительностью течения РА менее 3-х месяцев РФ выявлялся у 27%, и с увеличением продолжительности болезни его показатель возрос до 62%, АЦЦП определялся у 80% обследованных больных при длительности заболевания до 3-х месяцев, к 12 месяцам болезни в среднем у 90,6% больных этот показатель оказался положительным. 14-3-3 η белок определялся у всех (96%) обследованных больных независимо от длительности заболевания. 14-3-3 η белок определялся у всех (96%) обследованных больных независимо от длительности заболевания. На рентгенограммах суставов кистей у больных РА с длительностью заболевания <3-х месяцев остеопороз наблюдался лишь у 4 (26,6%) больных из 15, у пациентов до 6 месяцев заболевания этот признак выявлен уже у 47,6% (10 больных). В группе больных с длительностью РА менее 3-х месяцев по данным МРТ кистей обнаружены: выпот в суставы – у 12 (80%) больных, тендосиновит – у 11 (73,3%), у 9 (60%) больных определялся отек костного мозга, у 6 (40%) – эрозии. При длительности заболевания до 6 месяцев у 17 больных (80,9%) обнаружен выпот в полости сустава, у 18 (85,7%) – тендосиновит, 11 (52,3%) – отек костного мозга и у 10 (47,6%) пациентов – эрозии.

Выводы. Отсутствие полиартрита и поражения суставов кистей рук, а также несимметричное поражение суставов, не исключают диагноза РА. У больных РА на ранних стадиях 14-3-3 η белок в крови определяется значительно чаще, чем АЦЦП и РФ, что свидетельствует о высокой значимости данного иммунологического метода диагностики раннего РА. МРТ по сравнению с РГ является высокоэффективным методом диагностики РА, который в комплексе с другими методами исследования помогает установить диагноз заболевания на ранней стадии, что способствует своевременному назначению адекватного базисного лечения.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ташпулатова М.М., Алиева К.К.,
Нурмухамедова Н.С.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучить эффективности комбинированной базисной фармакотерапии раннего РА.