

средняя корреляционная связь иФНО-а и БПВП с НПВП-гастропатиями, а также высокая частота встречаемости п8 гепатопатий при терапии по схеме: иФНО-а+НПВП, при приеме коксидов п(8) и производных уксусной кислоты п6. Вместе с тем, на фоне остальных групп НПВП, терапия нимесулидом в 2х случаях привела к токсическому поражению печени. Полученные данные показали, что выборки пациентов недостаточно, чтобы делать стратегические выводы по данному поводу.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ НИЗКИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Махмудзода Х.Р., Князев И.С.

Таджикский государственный медицинский
университет имени Абу Али ибни Сино,
Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Оценить качество жизни коморбидных пациентов с ревматоидным артритом и сахарным диабетом 2 типа, принимающих низкие дозы глюкокортикостероидов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 174 пациента с длительностью анамнеза ревматоидного артрита (РА) – $7,4 \pm 2,2$ года и сахарного диабета 2 типа (СД) $8,6 \pm 2,6$ года, из них 235 женщин и 39 мужчин, средний возраст которых составил $56 \pm 3,7$ лет. Группу сравнения составили 176 пациентов (154 женщины и 22 мужчины) в возрасте $54 \pm 3,4$ года, с длительностью анамнеза РА $8,4 \pm 3,2$ лет, не страдающие СД. Оценка активности ревматоидного артрита осуществлялась посредством индекса DAS 28. В первой группе среднее значение DAS28 составило $3,2 \pm 1,1$, во второй группе – $3,1 \pm 1,4$. В качестве базисной терапии РА пациенты обеих групп получали таблетированный метотрексат в средней дозе $17,5 \pm 2,5$ мг в неделю в сочетании с низкими дозами глюкокортикостероидов (метилпреднизолон 4-6 мг/сут). Оценка качества жизни проводилась с помощью индексов EQ-5D и HAQ.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов с РА, не страдающих сахарным диабетом показатель индекса EQ-5D составил $0,4 \pm 0,2$, в то время, как в группе коморбидных пациентов с СД 2 типа данный показатель был значимо ниже и составил $0,2 \pm 0,3$, что было в значительной степени обусловлено необходимостью коррекции СД, в частности пересмотра гипогликемической терапии на фоне применения даже низ-

ких доз глюкокортикостероидов, в связи с увеличением массы тела и проявлениями инсипидарного синдрома. В группе сравнения показатель HAQ составил $1,3 \pm 0,5$, в то время, как в группе коморбидных пациентов значение данного показателя достигало значения $1,8 \pm 0,6$, что свидетельствовало о более низком качестве жизни у пациентов с сочетанной патологией.

Выводы. Отсутствие зарегистрированных в Республике Таджикистан генно-инженерных биологических препаратов и ингибиторов JAK-киназ приводит необходимости длительного применения низких доз глюкокортикоидов в сочетании с базисными противовоспалительными препаратами у пациентов с РА. Наличие коморбидности в виде СД 2 типа является одной из значимых причин снижения качества жизни у пациентов. Прием даже низких доз глюкокортикостероидов негативно отражается на течение СД 2 типа, что сказывается на оценках функционального состояния пациентов.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВОЗВРАТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Мацкевич С.А.¹, Бельская М.И.²

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Республиканский научно-практический центр
«Кардиология»,
Минск, Беларусь

Цель работы. Оценить наличие и выраженность психоэмоциональных нарушений у пациентов с возвратной стенокардией в отдаленном периоде после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Обследовано 120 пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией II, III функционального класса (средний возраст $58,5 \pm 5,88$ года). Время, прошедшее после операции, составило $18,6 \pm 4,23$ месяца, симптомы стенокардии возникли у пациентов спустя $9,42 \pm 3,02$ месяца после операции. Всем пациентам проводилось общеклинические исследования. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7 (фракция выброса левого желудочка составила $51,6 \pm 5,11\%$). Медикаментозное лечение представлено стандартной антиангинальной терапией в сочетании с приемом дезагрегантов и статинов. В качестве скринингового инструмента для выявления депрессии использовался опросник CES-D (Center of Epidemiological studies of USA-Depression). Оценка уровня клинической депрессии проводилась с помощью шкалы депрессии А.Бека (Beck Depression Inventory-BDI) и с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and

Depression Scale), уровня ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) – при помощи теста Спилберга-Ханина. Качество жизни (КЖ) изучалось с использованием «Сиятского опросника по стенокардии». Из исследования были исключены пациенты с сопутствующей патологией, чтобы не утяжелять психоэмоциональный фон.

Результаты исследования. В результате психологического тестирования (шкала CES-D) установлено, что 25% пациентов имели признаки депрессии: в 16,7% случаев выявлены признаки легкой депрессии, в 8,3% случаев – признаки депрессии средней тяжести. Для более точной верификации оценки наличия и выраженности депрессии и тревоги провели с помощью еще трех тестов. Тестирование при помощи шкалы депрессии Бека показало, что у 25% пациентов выявлены признаки легкой и умеренной депрессии, у 9,2% пациентов – признаки клинически выраженной депрессии. В результате корреляционного анализа выявлены положительные взаимосвязи между КЖ и уровнем депрессии ($r=0,51$, $p<0,001$). По результатам тестирования по шкале HADS признаки депрессии определялись в 25,8% случаев: признаки клинически выраженной и субклинически выраженной депрессии определялись у 8,3% и 17,5% пациентов соответственно; признаки тревоги определялись в 27,5% случаев: признаки клинически выраженной и субклинически выраженной тревоги определялись у 9,2% и 18,3% пациентов соответственно. Определены взаимосвязи между КЖ и уровнем депрессии ($r=0,55$, $p<0,01$), КЖ и уровнем тревоги ($r=0,56$, $p<0,01$). Выявлено также, что КЖ у пациентов с сопутствующей депрессией или тревогой в 1,5 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом ($p<0,01$). Результаты шкалы Спилберга-Ханина показали, что уровень СТ у пациентов значительно ниже, чем уровень ЛТ. Низкий уровень СТ отмечен у 9,2% пациентов, низкий уровень ЛТ не был зафиксирован ни у одного пациента. Средний уровень СТ и ЛТ отмечался у 70% и у 50% пациентов соответственно. Высокий уровень СТ и ЛТ выявлен в 20,8% и 50% случаев соответственно. Выявлены корреляционные взаимосвязи между КЖ и уровнями СТ ($r=0,46$, $p<0,01$) и ЛТ ($r=0,59$, $p<0,01$). КЖ у пациентов с высоким уровнем ЛТ в 1,6 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом ($p<0,01$).

Выводы. Результаты исследования, вне зависимости от проведенного теста, свидетельствуют о том, что в отдаленном периоде после операции АКШ у четверти всех пациентов выявляются признаки депрессии и тревоги, качество жизни значительно ухудшается при наличии депрессии или тревоги. Очевидно, что в послеоперационном периоде на фоне нормализации и стабилизации соматических функций признаки психоэмоциональной нестабильности сохраняются, что требует коррекции проводимой фармакотерапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСТНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ ТЕРАПИИ ПИТИРИАЗА КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ОТРУБЕВИДНОГО

Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.Л.

Амурская государственная медицинская академия,
Благовещенск

Питириаз красный волосяной отрубевидный (ПКВО, лишай красный волосяной отрубевидный, болезнь Девержи) – это воспалительное заболевание кожи, обусловленное нарушением ороговения и проявляющееся фолликулярными гиперкератотическими папулами, шелушащимися бляшками оранжево-красного цвета и ладонно-подошвенным гиперкератозом.

Частота встречаемости БД среди дерматозов составляет 0,03-1,3% [1, 2]. Это гетерогенный дерматоз. Включает не только генетически обусловленную ауто-сомно-доминантную, но и спорадическую (приобретенную) формы. Клинические проявления БД возникают в любом возрасте. Провоцирующими факторами выступают инсоляция, ожоги, травмы, прививки [2], прием лекарственных препаратов, противовирусных средств и др. [5, 6]. БД может носить паранеопластический характер [7, 8].

Для системной терапии используются препараты из группы ретиноидов (ацитретин, изотретиноин), антиметаболиты (метотрексат), иммунодепрессанты (циклоsporин, азатиоприн, инфликсимаб, этанерцепт, адалимумаб).

Клиническое наблюдение больной С, 56 лет. Больна с 03.01.2023, когда внезапно появилось покраснение кожи лица, туловища, ладоней и стоп. Связывает с окраской волос в конце декабря, ранее на подобную краску отмечала зуд ладоней. Лечилась у дерматолога в г. Тында с диагнозом: «Аллергический контактный дерматит», получала тиосульфат натрия, тавегил, преднизолон однократно 90 мг, наружно мазь Тридерм без эффекта. Обратилась в поликлинику АОКВД, получала амбулаторное лечение, без эффекта. Направлена в стационар для уточнения диагноза и лечения.

Об-но: Патологический процесс носит распространенный характер. На коже лица сливные гиперемизированные пятна, с умеренной инфильтрацией, небольшим шелушением. На коже ладоней, подошв – сливные красные бляшки, с желтовато-морковным оттенком, шелушением, усилен кожный рисунок. На коже груди, живота, на спине, на коже плеч, предплечий, бедер красные пятна, папулы от 0,2-0,5 см до 1,0 см, с шелушением, в области груди склонные к слиянию. На коже волосистой части головы гиперемия, крупнопластинчатое шелушение.

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